Osorio (N.)

LECCIONES

SOBRE

ENFERMEDADES DE LA PIEL

DICTADAS POR EL PROFESOR

DOCTOR NICOLAS OSORIO

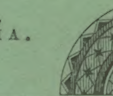
EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL

Y COMPILADAS POR LOS ALUMNOS

J. GARCÍA, R. AZUERO Y G. GAMBOA.



BOGOTÁ.
IMPRENTA DE SILVESTRE Y COMPAÑÍA.
1885.



LECCIONES

SOBRE

ENFERMEDADES DE LA PIEL

DICTADAS POR EL PROFESOR

DOCTOR NICOLAS OSORIO

EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL

Y COMPILADAS POR LOS ALUMNOS

J. GARCÍA, R. AZUERO Y G. GAMBOA.





BOGOTÁ.
IMPRENTA DE SILVESTRE Y COMPAÑÍA.
1885.

ADVERTENCIA.

Habiéndose dictado durante el presente año, en el curso de Patología interna, lecciones orales sobre enfermedades de la piel por el Profesor doctor Nicolás Osorio, y siendo este ramo uno de los más importantes de la Patología, compilamos nuestras notas con el ánimo de darles publicidad, para facilitar con ellas el estudio de las obras clásicas.

Este extracto no comprende sino las principales afecciones de esta naturaleza; pero las noticias que contiene y la claridad de las ideas sí son suficientes para iniciar á cualquiera en los puntos capitales de este departamento de la Patología.

Las consideraciones que preceden, así como la importancia del asunto, la naturaleza de las doctrinas desarrolladas y el deseo de contribuír en algo á que sea fructuosa para todos nuestros condiscípulos la laboriosidad del maestro, es lo que nos ha impulsado á publicar el presente extracto.

Bogotá, Noviembre de 1882.

J. García.—G. Gamboa.—R. Azuero.



HISTORIA.

Si se estudia la historia de las enfermedades de la piel, se observa ante todo que el conocimiento que de ellas poseyeron los antiguos, fué muy imperfecto. La Biblia las trata en algunos lugares, pero solamente desde el punto de vista moral. Moisés ofrece algunos datos para su conocimiento; pero como él fué más legislador y filósofo que médico, no presenta ninguna descripción completa.

Hipócrates, contemporáneo de Sócrates y Platón, y que existió de 460 á 370 años antes de Jesucristo, exhibe en sus obras nociones más precisas, aunque siempre deficientes.

Del año 53, antes de Jesucristo, al año 7 de la era nueva, fué cuando existió Celso, quien escribió la primera obra de Dermatología; esta obra es notable, especialmente por la precisión y exactitud de las descripciones.

En el siglo segundo de Jesucristo, Galeno comentó las obras de Hipócrates y de Celso.

Los escritores árabes, principalmente Razés, enriquecieron el estudio de las enfermedades de la piel utilizando las antiguas doctrinas griegas.

En 1572 encontramos al veneciano Jerónimo Mercurialis y su discípulo P. Aicardio, quienes nos legaron una obra de Dermatología pura.

Pero en la obra del francés Lorry, escrita en 1777, obra muy científica y extensa, es donde no solamente se encuentran comentados los hechos hasta su época, sino consignados muchos otros desconocidos, y consideradas las enfermedades de la piel desde un punto de vista diferente.

La obra de Plenk, que apareció en Viena en 1776, obtuvo mucha popularidad, por cuanto era un compendio. Él las describe según su aspecto y forma y las divide en catorce clases. Riolán el joven, en 1610, dividió las enfermedades de la piel como Plenk.

En 1798, Roberto Willam aceptó el sistema de Plenk y redujo las clases á nueve órdenes.

Aparte de los adelantos que en Alemania é Inglaterra alcanzaba el estudio de las enfermedades de la piel, en Francia, después de los trabajos de Lorry y otros, Alibert, Biett y Rayer hacían progresar la Dermatología.

Alibert, en 1832, adoptó una clasificación natural y reunió en grupo las enfermedades. Biett adoptó el mismo sistema de Willam, y sus lecciones fueron publicadas en 1828 por Cazenave y Schedel, sus discípulos. M. Rayer, en 1835, publicó un tratado en el

cual adopta como base de clasificación las lesiones anatomopatológicas. Muchos son los dermatologistas que se han distinguido de esa época en adelante: Beaumès, Hardy, Bazin, Devergie, Hebra, Bäreensprung, G. Simon, Kaposi, Fournier, Auspitz, Hillairet y muchos otros á quienes citaremos en el curso de este trabajo, han hecho adelantar la Dermatología de una manera muy notable.

LESIONES ANATÓMICAS Ó PRIMORDIALES.

Las enfermedades de la piel presentan un aspecto tan diferente, que á primera vista parece que no puedan encontrarse caracteres que les sean comunes; pero, observando bien, se nota que existen lesiones primordiales ó fenómenos morbosos primarios que sirven de guía para la descripción y de base para la clasificación.

Las lesiones elementales generalmente admitidas y que llamaremos clásicas, descritas por Willam, Biett y sus discípulos, son:

1.° *Máculas ó manchas.*—Son coloraciones limitadas, más ó ménos extendidas y determinadas por el aumento ó la disminución del pigmento; no ceden á la presión del dedo ni son susceptibles de transformación. Dependen de diferentes causas: ejemplo, vitiligo, efelides.

2.° *Exantemas.*—Manchas más extendidas que las anteriores, ceden ó desaparecen á la presión, se acompañan de fiebre y terminan por descamación: erisipela.

3.° *Vesículas.*—Levantamientos de la epidermis, llenos de serosidad y que terminan por reabsorción ó por ruptura sin ulceración: eczema.

4.° *Ampollas.*—Levantamientos más extensos y llenos de serosidad: pénfigus.

5.° *Pústulas.*—Levantamientos que contienen pus, se forman en la epidermis, se rompen y dejan costras y ulceraciones: ectima.

6.° *Pápulas.*—Pequeños levantamientos de la piel y que afectan el sistema nervioso: líquen.

7.° *Escamas.*—Acumulaciones más ó menos considerables de láminas epidérmicas superpuestas ó reunidas sobre otras: pitiriasis, psoriasis.

8.° *Tubérculos*, ó mejor dicho, *tuberosidades.*—Pequeños tumores blandos ó duros, que no contienen líquido primitivamente y parecen formarse en las partes profundas de la dermis; desaparecen ya por absorción, ya por reblandecimiento, y dejan ulceraciones más ó menos considerables: lepra, lupus.

M. Hardy cree conveniente agregar otras tres lesiones primordiales, que son:

Manchas hemáticas, caracterizadas por un derrame de sangre en el tejido de la piel, que forma manchas rojas ó violáceas, y que no desaparecen por la presión, como la púrpura.

Productos alterados de la secreción sebácea, que se presentan con el aspecto de un aceite esparcido en la superficie cutánea, como en la acnéa sebácea fluente, ó bajo la forma de concreciones semejantes á la cera seca y endurecida, como en la acnéa sebácea concreta.

Productos parasitarios animales ó vegetales; ejemplo, acarus de la sarna, acorion del favus, tricofiton del herpes etc. Éstos tienen, además, caracteres particulares que el microscopio revela, y una forma especial que los distingue.

El Profesor Kaposi no admite en las enfermedades de la piel sino los siguiente tipos: 1.° la *mácula;* 2.° la *pápula;* 3.° el *tubérculo;* 4.° el *phyma;* 5.° el *pomphyx;* 6.° la *vesícula;* 7.° la *ampolla*, y 8.° la *pústula.*

Knollen da el nombre de *phyma* á nudosidades más grandes que los tubérculos; la significación literal de esta palabra es excrecencia; algunos proponen el nombre de dermatoma. Pomphyx representa un levantamiento cutáneo rojo ó blanco y brillante (urticaria porcellánea), nombre que lleva confusión, porque puede despertar la idea de vesícula ó ampolla.

Las lesiones elementales se combinan entre sí y sufren ciertas transformaciones. Al tratar de las enfermedades en particular llamaré la atención sobre las transformaciones y combinaciones de las lesiones elementales.

CLASIFICACIONES.

Mercuriali y Tourner fueron los primeros que tuvieron la idea de clasificar las enfermedades cutáneas dividiéndolas en dos grupos: 1.° Enfermedades del cuero cabelludo ó *tiñas*, y 2.° Enfermedades de la superficie del cuerpo ó *dartros.*

En 1776, Plenk las dividió en catorce clases, de

las cuales hizo después ciento veinte variedades. Sentó como base de clasificación el aspecto y forma que presentan las lesiones primordiales cuando han llegado á su completo desarrollo: *maculæ, pustulæ, vesiculæ*.

Lorry, en 1777, las dividió en idiopáticas y en apostáticas, y en generales y locales; distingue las que resultan de causas generales ó locales, mecánicas ó tóxicas, y estudia las dermatosis desde un punto de vista patológico y terapéutico. Su obra es muy extensa y sabia, pero no tuvo la aceptación que justamente merecía. Roberto Willam en 1798 adoptó el sistema de Plenk, pero dividió las enfermedades en nueve órdenes; que son: *pápulas, escamas, exantemas, ampollas, pústulas, vesículas, tubérculos* y *excrecencias*. Bateman, su discípulo, continuó en 1815 sus trabajos y describió con mucha claridad las enfermedades de la piel hasta entonces conocidas. M. Rayer adoptó, en 1826, una clasificación que tenía por base las lesiones anatomo-patológicas, y las dividió en *heridas, inflamaciones agudas* ó *crónicas, anemias, congestiones, hemorragias, neurosis* etc. Antes que él, Alibert, en 1806, adoptó un método de clasificación natural, pero desgraciadamente representó las dermatosis por un árbol con sus ramas, dando á las enfermedades nombres tan raros, que su clasificación, á pesar de haber sido defendida brillantemente, no fué aceptada. En 1845 Hebra publicó su clasificación de enfermedades de la piel, que tenía por base la anatomía patológica, y dividió las dermatosis en doce clases que corresponden á las alteraciones principales

que Rokitansky había asignado á la patología de los tejidos en general. Estas clases son:

1.ª clase. Hiperemias cutáneas.
2.ª — Anemias cutáneas.
3.ª — Anomalías de secreción de las glándulas de la piel.
4.ª — Exudaciones.
5.ª — Hemorragias de la piel.
6.ª — Hipertrofias.
7.ª — Atrofias.
8.ª — Neoplasmas.
9.ª — Seudoplasmas.
10.ª — Ulceraciones.
11.ª — Neurosis.
12.ª — Parasitos (Dermatosis parasitaria).

Kaposi, su discípulo, adopta la misma clasificación.

Auspitz, en 1881, clasificó las enfermedades de la piel, no siguiendo ideas exclusivas, y en su clasificación se ha propuesto ponerse á la altura de los conocimientos modernos de la época.

Divide las enfermedades en nueve clases, las clases en grupos, éstos en series y familias. Pondré un ejemplo de cada familia:

Clase 1.ª—Procesus inflamatorios sencillos de la piel. Comprende dos grupos:

1.er grupo.—Inflamaciones superficiales. 4 familias. Tomaremos un ejemplo de cada una de ellas y lo mismo haremos en lo sucesivo.	Erythema. Estigmatosis parasitaria. Miliaria, alba y rubra. Ectyma

2.° grupo.—Inflamaciones profundas de la piel. Tiene tres familias. { Quemadura. Combustión. Furúnculo. Erisipela.

Clase 2.ª—Dermatosis angionebróticas. Tres familias:

1.ª Angionebrosis infecciosas.
2.ª — tóxicas.
3.ª — esenciales.
{ Escarlatina. Ergotismo. Eritema nudoso.

Clase 3.ª—Dermatosis nebróticas. Dos familias:

1.ª Dermatosis de marcha cíclica.
2.ª Dermatosis neuríticas de marcha cíclica.
{ Zona. Decúbitus neurítica.

Clase 4.ª—Dermatosis por estasis circulatoria.

1.er grupo.—Estasis incompleta.—2 familias. { Cianosis. Elefancia de los árabes.

2.° grupo.—Estasis completa. { Decúbitus traumáticus.

Clase 5.ª—Dermatosis hemorrágicas. 2 familias:

Hemorragias traumáticas.
Hemorragias esenciales, sin causa ulterior.
{ Equímosis. Púrpura.

Clase 6.ª—Ideo-nebrosis de la piel.

1.er grupo.—Alteraciones de la sensibilidad cutánea. Tiene dos familias:

1.ª Nebrosis del tacto. 2.ª Nebrosis de la sensibilidad general.	Hiperestesia cutis. Neuralgia cutis.

2.º grupo.—Alteraciones de las funciones de los nervios motores de la piel.

Dermatospasmo.	Cutis anserina.

Clase 7.ª—Epidermidosis.

1.er grupo.—Anomalías de la capa córnea y de las secreciones epidérmicas. Está dividido en 5 series.

Serie 1.ª—Keratosis propiamente dicha. 3 familias:

1.ª Hyperkeratosis. 2.ª Parakeratosis. 3.ª Keratolysis.	Ictiosis difusa. Psoriasis. Pitiriasis.

Serie 2.ª—Tricosis. 3 familias:

1.ª Hypertricosis. 2.ª Paratricosis. 3.ª Atricosis.	Hipertricosis congénita. Trichórrhexis nodosa. Alopecia difusa.

Serie 3.ª—Onychosis. 3 familias:

1.ª Hiperonychosis. 2.ª Paronnychosis. 3.ª Onycholysis.	Hyperonychia Onychogryphosis idiopática. Onycholysis idiopática.

Serie 4.ª—Steatosis. 3 familias:

1.ª Hypersteatosis.	Seborrhæ.
2.ª Parasteatosis.	Grutum.
3.ª Asteatosis.	Xerodermia.

Serie 5.ª—Idrosis. 3 familias:

1.ª Hiperhidrosis.	Hiperhidrosis idiopática.
2.ª Paridrosis.	Chromidrosis.
3.ª Anidrosis.	Anidrosis idiopática.

2.° grupo.—Anomalías de los elementos pigmentados de la piel. 3 familias:

1.ª Hiperchromatosis.	Nævuspigmentoso.
2.ª Parachromatosis.	Argyria.
3.ª Achromatosis.	Albinismo.

3.er grupo.—Anomalías de la capa de las células picantes del epidermis. 3 familias:

1.ª Hyperachantosis.	Verruga.
2.ª Parakanthosis	Epitelioma.
3.ª Akantholysis.	Pemphigus esencialis.

Clase 8.ª—Chorioblastosis. Anomalías del crecimiento del dermis y del tejido conjuntivo subcutáneo.

1.er grupo.—Hipertrofias del tejido conjuntivo:
Hiperdosmosis. } Makrosomia.

2.° grupo.—Crecimiento paralítico del tejido conjuntivo. 2 familias:

1.ª Granuloma cutáneo.	Lepra.
2.ª Nomas de la piel.	Fibroma cutis.

3.er grupo.—Atrofia del tejido conjuntivo de la piel.

Adesmosis.	Striæ atrophicæ cutis.

Clase 9.ª—Dermatomykosis. Hongos de la piel y de sus anexos. 4 familias:

1.ª Mykosis escutulata.	Dermatomikosis favosa.
2.ª Mykosis circinata.	Eczema marginatum.
3.ª Mykosis pustulosa.	Sykosis parasitaria.
4.ª Mykosis furfurcea.	Pitiriasis versicolor.

En la clasificación que hace M. Hillairet de las enfermedades de la piel, las divide, tomando por base el procesus mórbido, la sintomatología, el sitio de la lesión y la causa probable. Las divide en clases y órdenes.

Tomemos un ejemplo:

En la clase 1.ª se ocupa de las dermatosis congestivas ó inflamatorias comunes; divide esta clase en siete órdenes. En el primer orden coloca las dermatosis eritematosas; comprende cuatro géneros: Eritemas, roseolas, urticaria, erisipela.

En el segundo orden las dermatosis vesiculosas; tres géneros: eczema, herpes y miliaria.

En el tercer orden, dermatosis en ampolla; tres géneros: hidroa, penfigus, rupia etc.

A los géneros los divide en especies.

Sería muy largo exponeros toda la clasificación; aunque llena muchos de los vacíos de que adolecen todas las clasificaciones. El mismo autor no la considera sino como un cuadro sinóptico de las enfermedades de la piel presentado en grupos para facilitar su estudio.

M. Hardy considera el método natural propuesto por Alibert como el que puede llegar á dar más claridad para su clasificación. Hablando del método natural, dice: " Este método es, en efecto, el más filosófico, permite colocar las enfermedades según sus afinidades y sus desemejanzas naturales." Es la única manera verdaderamente práctica de considerar las enfermedades de la piel, y la única fecunda en resultados terapéuticos. Adoptamos esta base de clasificación y consideramos las enfermedades de la piel desde el punto de vista práctico, prescindiendo de los detalles y de las apariencias anatómicas variables en las mismas afecciones, para inclinarnos á las causas, á los fenómenos principales y á las indicaciones terapéuticas. Poco importa que una enfermedad cutánea se presente con vesículas ó pústulas; lo esencial para el médico instruído que quiere conocer una enfermedad para esforzarse en curarla, es saber si es accidental ó constitucional, si debe desaparecer espontáneamente después de un tiempo determinado, ó si, al contrario, no debe ceder sino por un tratamiento metódico.

Examinando las enfermedades cutáneas en su conjunto, según estos datos, creemos que lo primero que debe hacerse al principiar su estudio, es clasificarlas, reconocer las afinidades que en medio de este gran número de afecciones permiten establecer orden y verdaderos puntos de partida. Nos proponemos, por lo tanto, hacer una clasificación natural que se refiere en varios puntos á la de Alibert. Dividiremos, pues, estas enfermedades en diez clases:

1.ª clase.—*Máculas, deformidades.* En esta categoría encontramos las lesiones de coloración, máculas, pecas, efélides, vitiligo, léntigo, ciertos tumores, verrugas, moluscos.

2.ª clase.—*Inflamaciones locales.* En esta clase se encuentran el eritema, la urticaria, los herpes, el ectima, el pénfigus etc.

3.ª clase.—*Enfermedades parasitarias.* La sarna, la sicosis, el herpes circinado, el favus etc.

4.ª clase.—*Fiebres eruptivas.* Esta clase encierra enfermedades que no están localizadas; tienen una causa general, ó proceden de la introducción en la economía de un virus particular, como la escarlatina, el sarampión, la viruela etc.

5.ª clase.—*Erupciones sintomáticas.* Se colocan en este grupo el *herpes labialis*, las manchas rosadas de la fiebre tifoidea, la sudamina, la púrpura etc.

6.ª clase. *Dartros.* Estas afecciones son el eczema, el psoriasis, el liquen, la pitiriasis etc.

7.ª clase.—*Escrofulides*, ó manifestaciones cutáneas de la diatesis escrofulosa.

8.ª clase.—*Sifílides.* Manifestaciones cutáneas de la sífilis.

9.ª clase.—*Cáncer.*

10.ª clase.—*Enfermedades exóticas*, como la lepra tuberculosa, el pian etc.

M. Hardy, en su segunda clasificación (1878), admite siempre once clases. En lugar de las inflamaciones locales considera las inflamatorias; consagra la 5.ª clase á las enfermedades gangrenosas, la 6.ª á las congestiones cutáneas, 7.ª hemorragias de la piel, 8.ª hiperemias, 9.ª neurosis, 10.ª afecciones febriles y 11.ª erupciones constitucionales; en esta última clase coloca las erupciones dartrosas, las escrofulides, las sifílides, las erupciones pelagrosas, las leproides y las afecciones cancerosas.

Aunque la clasificación de M. Hardy no es la más generalmente adoptada hoy, porque no tiende á seguir las ideas de la Escuela de Viena, su método facilita sin embargo notablemente el estudio de las enfermedades de la piel.

Dada una enfermedad de la piel, al encontrar los caracteres que la colocan en uno de los grupos determinados, ya se tiene una guía sobre su naturaleza, su pronóstico y su tratamiento.

Esta es la razón por la cual se adoptará en estas lecciones la clasificación de M. Hardy. Comenzaremos por la 6.ª clase, los dartros, por ser las enfermedades que pertenecen á este grupo muy comunes entre nosotros. Esta clase está comprendida en su nueva clasificación en las erupciones constitucionales.

DARTROS.

Los antiguos comprendían bajo la denominación general de *Dartros* todas las afecciones crónicas de la piel, y establecieron varias divisiones, según el sitio y las formas diferentes que afectaran. Más tarde esta denominación fué sustituída por la de *Herpes*, nombre que fué rechazado por Cazenave, pero aceptado después por Alibert.

Antiguamente se llamaban *Tiñas* todas las afecciones crónicas que se situaban en el cuero cabelludo. Esta denominación se conserva aún para algunas de ellas.

Hoy la palabra *dartros* sólo se aplica á las afecciones de la piel que se presentan con las lesiones elementales de vesícula, pústula, pápula y escama; que tienen como carácter distintivo una marcha crónica; que alternan ó se complican con diversas afecciones internas; que son sumamente rebeldes, y que casi siempre son hereditarias. Las enfermedades dartrosas, según M. Hardy, son: el eczema, el psoriasis, el liquen y la pitiriasis.

Hebra describe el eczema, el psoriasis y el liquen en la clase de las dermatosis exudativas: el eczema en el grupo de las dermatosis pruriginosas; el psoriasis y el liquen en el de las dermatosis escamosas.

ECZEMA.

Se llama así una afección que tiene como lesión

elemental la vesícula (en rarísimos casos se presenta la pápula ó la grieta), y cuya marcha hace que en los diferentes períodos de su evolución presente tan variados caracteres, que muchas veces es difícil conocerla. Hebra la coloca entre las enfermedades exudativas que se desarrollan en una constitución dartrosa y que producen rasquiña.

Síntomas.—Marcha.—El primer fenómeno que se observa en el punto que ha de ser afectado, es una viva rubicundez del tejido, que se pone liso, pulido y brillante. Al poco tiempo se ven aparecer en esta zona así enrojecida papulitas que duran de veinte á treinta horas, al cabo de las cuales se transforman en vesículas, ó bien, lo que es más común, éstas no son precedidas por las pápulas, sea porque éstas tienen una evolución rápida, ó porque la vesícula aparece primitivamente. Esto es lo que podría considerarse como el primer período.

En el segundo período, la parte afectada se pone edematosa, caliente y dolorosa, coincidiendo estos fenómenos con síntomas generales más ó menos intensos. La erupción cambia pronto de aspecto, las vesículas se reunen, forman costras brillantes y secas como la goma.

En el tercer período las costras caen dejando ulceraciones ó una pigmentación aplomada, ó bien producen verdaderas escamas, que al desaparecer dejan una piel muy lisa, comparable al marfil pulido, con algunas manchas.

El eczema puede generalizarse é invadir una gran

parte del cuerpo con mucha regularidad; invade á veces las mucosas y produce otorreas, conyuntivitis, estomatitis etc.

Su marcha es esencialmente crónica, persiste con mucha tenacidad, y cuando desaparece, reincide muy á menudo.

Divisiones.—Se han descrito eczemas, pustuloso, vesiculoso, escamoso, edematoso, papuloso etc.

Estas divisiones no corresponden sino á las modificaciones del desarrollo de la enfermedad, pues, como ya lo hemos dicho, la particularidad del eczema es el presentarse con diferentes aspectos, según la época en que se le examine. Hay casos en que siendo la pápula la lesión dominante, no llega á vesícula y se termina pronto: se dice entonces que el eczema es papuloso. Otras veces no hay sino vesículas, entonces se llama vesiculoso. Cuando el eczema no se acompaña de síntomas generales graves, se le designa con la denominación común de *eczema simple.*

Otras veces hay fiebre, escalofríos, delirio, dolores en las articulaciones, edema, enrojecimiento de la piel, y las vesículas se rompen y dejan escamas. El eczema suele complicarse con otras afecciones como pneumonía, asma etc. Esta última se presenta con caracteres muy graves y augura casi siempre una terminación fatal. El eczema se sitúa especialmente en los miembros y se va extendiendo progresivamente á todo el cuerpo, con excepción de la cara, que afecta muy rara vez: es muy tenaz y doloroso. Se le llama entonces *eczema rubrum.* Las vèsículas que le constituyen se rompen rápidamente.

El llamado *impetiginoso* se presenta con pustulitas desde el principio, acompañadas algunas veces de vesículas. Las pústulas se rompen pronto, dejan pequeñas ulceraciones que exudan serosidad y se cubren de costras que caen sin dejar cicatriz.

En el *eczema hendido* hay verdaderas grietas ó hendeduras sobre una piel roja que exuda una serosidad que al concretarse forma costras que caen pronto; es muy doloroso y puede terminar por el eczema rubrum. Se le ha denominado también *liquenoide* por su semejanza con el liquen.

Existen otras variedades menos importantes, establecidas según las figuras que afecten ó el sitio que ocupen. De aquí el *eczema figuratum*, cuando se presenta bajo la forma de placas pequeñas de figura regular. El *eczema numular*, cuando estas placas toman la forma de monedas. El *eczema difuso* afecta una forma redonda. El *pilaris* se desarrolla en partes del cuerpo cubiertas de pelo (menos en la cabeza), se acompaña de abcesos, y puede confundirse con enfermedades parasitarias. El *capitis* se complica con piojos y presenta como caracteres costras y escamas, que pueden hacerlo confundir también con enfermedades parasitarias; pero siempre hay una que otra vesícula que sirve para hacer la distinción; puede ser *difuso* ó *circunscrito*. En el primero hay costras grandes que unen los cabellos, formando cadejos y dando un aspecto asqueroso. Se pueden hacer caer estas costras con cataplasmas, y la piel queda lisa y sin cicatrices. En el segundo, las costras son más pe-

queñas y verdosas, y con frecuencia encierran enjambres de piojos; en este caso se le llama *eczema granulado.*

Finalmente, el *eczema del ombligo*, que no tiene caracteres particulares.

En las mujeres se puede presentar durante la preñez, la lactancia ó cuando hay sarna, una forma de eczema con abscesos y hendeduras que se sitúa en las mamas y es muy tenaz.

En las partes genitales, tanto del hombre como de la mujer, se presenta con mucha comezón y suele conducir, especialmente á las niñas, al onanismo.

En las raras veces en que se presenta en la cara (eczema *facialis*), hay enrojecimiento muy considerable, con vesículas pequeñas llenas de serosidad; podría confundírsele con una erisipela, si ésta no se presentara con bordes irregulares y ampollas muy diferentes. También existe el eczema *psicósico*, que se desarrolla en el labio superior de los individuos que tienen bigote; el *acneiforme* ó *acnoides*, semejante al acnea, y el *manual*, que puede ser benigno ó grave, caracterizado por vesículas que no alcanzan á romperse; éstas se retraen, dejando grandes escamas amarillentas, y suele acompañarse de síntomas generales graves.

Sitio.—Mucho se ha discutido sobre el punto preciso donde se desarrolla la enfermedad, pero hasta hoy no se ha podido resolver la cuestión. Unos creen que se sitúa en el corión, otros en el tejido linfático, y algunos lo colocan en las glándulas sudorales. El

eczema se presenta primero con rubicundez, luégo aparecen las vesículas, las ulceritas, las costras y las escamas, y finalmente éstas caen y la piel queda brillante y sin cicatrices.

Diagnóstico.—El eczema se diferencia del liquen, con el cual podría confundirse, por su marcha y por su terminación. El eczema liquenoides, caracterizado por papulitas, es el que puede dar lugar á mayor confusión; pero siempre es posible, observando con cuidado el desarrollo del mal, sorprender una que otra vesiculita, que á veces no es visible sino con lente, y que caracteriza muy bien la afección. En el eczema no hay cicatrices, y la piel queda lisa y brillante, mientras que el liquen deja una piel gruesa, arrugada, análoga á la de los viejos.

Tratamiento.—En el primer período deben evitarse las pomadas y en general *todas las preparaciones con grasa*, las cataplasmas y todos los medios que puedan determinar la ruptura de las vesículas. Antes de que éstas se rompan pueden aplicarse polvos de almidón, de arroz, de óxido de zinc, ó bien glicerina sola ó unida al almidón ó al subnitrato de bismuto. Cuando las vesículas se rompan, se aplicarán cataplasmas emolientes. Cuando hayan desaparecido las úlceras, se puede hacer uso de las grasas para favorecer la caída de las escamas: se emplean sobre todo las pomadas con calomel, biyoduro de hidrargirio, ó nitrato de hidrargirio. Estos medios mejoran algo, pero lo más conveniente es rodear la parte enferma con una tela impermeable y delgada; en pocos días

hay una mejoría notable, que se atribuye por algunos á que la parte enferma se encuentra bañada en la serosidad que exuda. Este aparato debe quitarse cada dos días para lavarlo y asear la parte afectada. Cuando el mal resiste á este tratamiento, las preparaciones de brea y los baños alcalinos dan buenos resultados.

En cuanto á la medicación interna, el aceite de hígado de bacalao y las preparaciones arsenicales sostenidas por algún tiempo han producido buenos efectos. La tintura de cantáridas, preconizada por algunos, no ha dado los resultados que se esperaban. En los eczemas crónicos debe recurrirse á las aguas sulfurosas. Entre nosotros deben preferirse las de Quetame y Choachí, que han triunfado de eczemas muy tenaces. Algunas de las variedades del eczema exigen un tratamiento especial. Citaremos, por ejemplo, el eczema sicósico que exige la epilación. Cuando tratemos de las enfermedades parasitarias daremos detalles sobre este punto. Además de los medios ya indicados, debe aconsejarse al enfermo que evite las vigilias prolongadas, las emociones morales, los trabajos excesivos, los cambios bruscos de temperatura, los alimentos irritantes, las bebidas alcohólicas, los trabajos intelectuales sostenidos y el uso del café.

LIQUEN.

Alibert designaba con este nombre ciertas afecciones producidas por el *acarus*. Hoy sirve para designar una enfermedad cuyo elemento es la pápula.

El Profesor Hebra coloca el liquen en la cuarta clase de las dermatosis exudativas crónicas, y no admite sino dos variedades : el liquen *escrofuloso* y el *ruber*. Para él no debe admitirse el liquen sino en aquellas afecciones en que la pápula no se trasforma. Creemos que mientras estudios posteriores no nos dén detalles más precisos sobre los caracteres anatómicos y clínicos de la pápula, el médico práctico debe considerar el mal de que nos ocupamos, como una entidad en que domina la pápula como manifestación local, coincidiendo con determinado grupo de síntomas generales, como lo considera M. Hardy.

Síntomas.—Marcha.—Al principio la piel se pone roja, y aunque este fenómeno no es constante, no deja de existir á menudo. La piel así enrojecida, experimenta una comezón incómoda; pronto se ven algunas pápulas, que siguen su evolución, y luégo desaparecen dejando escamas que caen en seguida. La piel queda dura, hipertrofiada y con grandes pliegues después de la caída de las escamas. Hay ocasiones en que las pápulas son tan poco salientes que no se distinguen á la simple vista.

El liquen coincide frecuentemente con una variedad de eczema llamada *impetiginoso* ó *impetiginoides*, que casi nunca ocupa la región ataçada por aquél, sino que se halla en puntos distantes.

Sitio.—Unos creen que el liquen afecta las papillas nerviosas, porque se desarrolla en individuos de temperamento nervioso y suele acompañarse de gastralgias, asma etc. Los autores alemanes creen

que es producido por una inflamación de los folículos pilosos; otros, que la afección ataca especialmente los músculos erectores de los mismos folículos. Hardy lo coloca en la red de Malpighy.

Los señores Doyon y Besnier creen que el punto de partida de las lesiones es vascular. La proliferación celular, muy abundante en las partes ricas en vasos, comprime los hacesillos conjuntivos, las glándulas, los vasos mismos, y de aquí resultan alteraciones degenerativas de los elementos. Degeneración granulosa, mucosa, coloide observadas en las papillas y en los cuerpos mucosos.

Variedades.—Se han establecido relativamente á la marcha, al sitio y á la forma del liquen, las siguientes variedades :

El liquen simple, cuyas pápulas se manifiestan sobre una piel más ó menos roja, producen mucha rasquiña, se reúnen en mayor ó menor número, y dejan al desaparecer manchitas sanguíneas, que más tarde se transforman en escamas morenas. La piel queda siempre dura, sin elasticidad, arrugada é hipertrofiada.

El *liquen agudo*, de carácter inflamatorio, de marcha aguda, que produce insomnio y enflaquecimiento, y á veces una debilidad extremada. y que con frecuencia se complica con el eczema impetiginoides.

El *liquen circinado*, cuyas pápulas se reunen formando especies de coronas, y que no debe confundirse con los herpes del mismo nombre.

El *giratus*, que presenta formas caprichosas.

El *pilaris*, que se desarrolla en las partes provistas de bello y que presenta, por la erección de los folículos, el aspecto de la carne de gallina.

El *pódicis*, que ataca el periné y el ano en el hombre, los órganos genitales en la mujer, y que es muy rebelde.

El liquen puede presentar diversas formas cuando complica otras enfermedades. Toma el nombre de *liquen escrofuloso* cuando se presenta en individuos escrofulosos; el de liquen *lividus*, cuando ataca á los caquécticos y los cloróticos. El *ruber*, observado en Alemania, se acompaña de accidentes graves, y era incurable antes de que se aplicara el arsénico (Hebra). En la forma crónica del liquen (liquen inveterado) se encuentran los surcos de la piel y espesor de ésta en su más alto grado.

Diagnóstico.—Los mejores signos para conocer el liquen son la sequedad y el espesor de la piel, así como la exageración de sus pliegues, pues es difícil á veces encontrar las pápulas, porque se alteran. Las afecciones con las cuales puede confundírsele, son: el eczema, el psoriasis y el herpes circinado.

En el eczema encontramos vesículas y luégo pequeñas ulceraciones con secreción de serosidad, que al concretarse, forma costras blandas, amarillas y espesas, dejando al desaparecer, una piel lisa, delgada y lustrosa. En el liquen hay pápulas con sequedad y espesamiento de la piel, lo cual le es característico. A veces se complica el eczema con el liquen, lo que ha dado lugar á describir una entidad con el nombre de liquen eczematoso.

El psoriasis se asemeja mucho al liquen circunscrito, pero el sitio en que aquél se halla, sirve para diferenciarlos, pues con especialidad se presenta en las rodillas y los codos, y sus escamas tienen caracteres particulares que sirven para distinguirlo del liquen.

En el herpes circinado la lesión toma una forma circular, con tendencia á ensancharse, y como es una enfermedad parasitaria, el microscopio y el tratamiento parasiticida servirán para establecer el diagnóstico.

Pronóstico.—Es muy grave por cuanto reincide con mucha facilidad, se acompaña algunas veces de síntomas generales graves y tiene una duración casi siempre larga.

Etiología.—Los individuos de temperamento nervioso están más predispuestos que los demás. Los climas fríos y húmedos predisponen igualmente. Las profesiones en las cuales se manejan sustancias irritantes, y la herencia, son las principales causas predisponentes. Las causas ocasionales son las mismas de que hemos hablado en el eczema.

M. Devergie cree que el liquen es contagioso; M. Hardy no lo considera como tal, y juzga que ha podido creerse contagioso por error de diagnóstico.

Tratamiento.—Lo primero que debe hacerse es calmar la inflamación, cuando exista, con baños y cataplasmas emolientes, sobre todo cuando haya complicación de eczema. Los alcalinos al interior y aplicados en baños generales, obran muy bien en el liquen simple, y más aún cuando se hacen alternar con ba-

ños de vapor. La administración de los amargos al mismo tiempo que la de los alcalinos, produce tan buenos efectos, que al cabo de dos ó tres meses puede obtenerse una curación formal, siempre que este tratamiento se continúe largo tiempo después de la desaparición de la erupción. Para el liquen inveterado debe recurrirse á los arsenicales, ó á la tintura de cantáridas, según el consejo de algunos médicos, combinadas siempre estas medicaciones con los baños alcalinos y de vapor. El aceite de bacalao obra muy bien cuando existen manifestaciones escrofulosas.

Se han aconsejado las pomadas de cianuro de potasio, de óxido de zinc y alcanfor, de calomel y tanino, para calmar la comezón, que mortifica tanto á los enfermos. También se hace uso de diversos fenoles, entre los cuales, el que mejores resultados ha producido es la crisorobina. La brea es buena, sobre todo en la forma crónica, pero debe usarse con circunspección, por temor de un envenenamiento.

Por lo demás, los enfermos deben someterse á un régimen severo y abstenerse de todo excitante, pues esta es la principal base del tratamiento.

PSORIASIS.

El psoriasis está caracterizado por escamas brillantes ó morenas, superpuestas como tejas. Se desarrolla sobre una piel roja é hipertrofiada, y las escamas se desprenden con dificultad, dejando un punto rojo que á veces sangra. Hebra describe el

psoriasis en su cuarta clase de las dermatosis exudativas crónicas.

Variedades.—Se han hecho, según las formas que afecte la erupción, según el sitio que ocupe y según la intensidad que tenga.

Las variedades que se han establecido, según la forma, son: *Psoriasis guttata*, *Psoriasis circinado* ó *lepra vulgar; Psoriasis gyrata* y *Psoriasis diffusa.*

Psoriasis guttata.—Está caracterizada por una erupción semejante á gotas de cera que hubieran caído sobre la piel, de la dimensión de una moneda de cinco á veinte centavos: comienza de ordinario por los codos ó las rodillas, y á veces por ambas partes.

Psoriasis circinado ó lepra vulgar.—Se presenta bajo la forma de círculos, sanos en el centro, más ó ménos irregulares, que proceden algunas veces de psoriasis de otras formas, cuya parte central se ha curado; otras veces el psoriasis circinado es primitivo, y en este caso es menos tenaz que las otras variedades.

Psoriasis gyrata.—La constituyen placas dispuestas en forma de cordones rojos, salientes y escamosos.

Psoriasis difusa.—La caracterizan placas grandes, irregulares, que invaden todo un miembro y á veces todo el cuerpo. Esta forma es la más grave de todas, y en ella la parte afectada presenta hendeduras.

Según el sitio, mencionaremos las variedades siguientes: *Psoriasis communis; P. capitis; P. de la cara; P. de los párpados; P. palmaria y plantaria; P. unguium; P. prepucialis, y P. general.*

Psoriasis communis.—Se le llama así, cuando desde el principio afecta solamente las rodillas y los codos.

En el psoriasis de la cara las escamas son menos desarrolladas que en las otras variedades, y simulan las pitiriasis.

En el psoriasis general, la erupción se extiende á todo el cuerpo: es una forma muy rara.

El psoriasis manual y plantario casi siempre es sifilítico, sobre todo cuando no ha principiado por los codos ó las rodillas, ó cuando no se extiende después á otras regiones.

El psoriasis lingual es también sifilítico en la mayor parte de los casos.

El psoriasis puede tener mayor ó menor intensidad; en el primer caso se le llama psoriasis inveterado.

Marcha.—Es casi siempre lenta, está sujeta á frecuentes reincidencias. Cuando la erupción desaparece, la piel queda roja ó pigmentada y algo hipertrofiada.

La escama resulta de un procesus irritativo ó congestivo; la lesión fundamental tiene lugar en el cuerpo mucoso, consiste en una proliferación exagerada de las células de la capa mucosa de Malpighi, producida y mantenida por un estado congestivo, anormal de los vasos del cuerpo papilar. Es en el aparato vascular donde es preciso colocar la causa primera de las afecciones escamosas protopáticas. Bajo la influencia de la congestión permanente del dermis y de la exuberancia de nutrición de la epi-

dermis, se levantan las células rápidamente sin condensarse en capa córnea; la falta de unión en las células permite la entrada del aire; así se explica el aspecto blanquizco y nacarado de las escamas del psoriasis.

Diagnóstico.—El diagnóstico reposa sobre la existencia de escamas blancas, brillantes, plateadas, espesas, imbricadas, secas, sobre una piel color de cobre y espesa; estas escamas son difíciles de desprender. Además de los caracteres locales indicados, el psoriasis participa de los generales de los dartros de que ya se ha hablado. Puede confundírsele con el eczema, la pitiriasis, el liquen y el herpes circinado. Véanse los caracteres de estas enfermedades:

Pronóstico.—El psoriasis no compromete en general la salud, pero es una enfermedad muy rebelde.

Etiología.—No es bien conocida la causa de esta enfermedad. Se ha observado que ataca de preferencia á los individuos de temperamento sanguíneo y á los hijos de los dartrosos. Los excitantes y las afecciones morales son causas accidentales.

Tratamiento.—Se han usado contra esta enfermedad medicaciones externas é internas. Si hay síntomas inflamatorios deben calmarse por los antiflogísticos y los emolientes, baños, cataplasmas etc. Para hacer caer las escamas se han empleado los baños con jabón, los emplastos con jabón, las fricciones con aceite de hígado de bacalao. Para modificar no sólo las escamas sino también la piel, sobre la cual reposan, se han usado la brea y los derivados

del fenol (óxido de fenol) ó ácido pirogálico, mezclado con vaselina. Se han aplicado con buen éxito el polvo de goa (planta del Brasil, cuyo principio activo es la crisorobina), ya solo, ya asociado á la vaselina. Es una de las medicaciones más recomendadas por sus excelentes resultados. Puede sustituírse por el pirogallol, que tiene las mismas propiedades que la crisorobina y es de un precio menos elevado. La brea en baños produce ordinariamente dolores intensos, cuando se aplica antes de la caída de las escamas; cuando se absorbe en gran cantidad puede producir efectos tóxicos. Lo propio sucede con el ácido fénico en iguales circunstancias.

Se ha combatido esta enfermedad dando al interior ácido fénico, ácido salicílico, aceite de copaiba, aceite fosforado, arsénico. Entre todos estos medicamentos, que se han dado á diferentes dosis, y bajo distintas formas, es el arsénico, el que administrado á dosis progresivas y por mucho tiempo, produce mejores resultados contra esta tenaz enfermedad. El profesor Lipp ha empleado esta sustancia en inyecciones subcutáneas.

PITIRIASIS.

El pitiriasis está caracterizado por escamas delgadas, pequeñas, que pueden llegar hasta el tamaño de medio real. La piel en que se desarrolla se seca y pierde su untuosidad. Estas escamas, que se desprenden fácilmente, dejando los tegumentos de color normal, rara vez rojos, se reproducen con rapidez y sin que haya exudación de serosidad.

Síntomas. — Variedades. — Esta enfermedad se desarrolla con más frecuencia en el cuero cabelludo que en las demás partes del cuerpo. Hay al principio sequedad en la piel, después se forman escamas más ó menos blancas y pequeñas, el pelo se pone áspero y cae; en la pitiriasis pilaris el enfermo experimenta una comezón casi constante. Algunas veces las escamas son tan pequeñas que simulan la harina de salvado. Cuando son más grandes y alcanzan el tamaño de una pieza de cinco centavos toman un color amarillento, y la piel sobre que se forman se pone roja. Esta forma puede producir la calvicie completa, y el pelo no se reproduce. El pitiriasis que se desarrolla en el cuero cabelludo se llama *P. capitis*, y pilaris cuando ataca los folículos.

Pitiriasis alba.—Se observa en los niños, ataca la frente, las mejillas ó el mento; se presenta con el aspecto de manchitas blancas que producen algunas veces rasquiña, dura seis semanas, próximamente, y suele coincidir con la dentición.

El *pitiriasis nigra* es producido por un parasito; está colocado, pues, en la entidad parasitaria, y allí lo describiremos.

Pitiriasis rubra.—Con este nombre se hañ descrito variedades que son completamente diferentes. M. Hardy nos describe uno en el cual las escamas reposan sobre una piel roja, pueden llegar hasta la dimención de un real, y se adhieren á la piel. Ocupa ordinariamente el cuello y la cabeza, algunas veces se extiende al cuerpo y puede complicarse de sínto-

mas generales, especialmente de fiebre y desarreglos del tubo digestivo. La entidad denominada *pitiriasis rubra* por M. Devergie es diferente de la que acabamos de describir; debe considerarse como perteneciendo al psoriasis. Con este nombre describe Hebra una entidad especial, de marcha muy lenta y cuya erupción se observa primero en las articulaciones, extendiéndose en seguida á todo el cuerpo; hay síntomas generales graves, diarreas tenaces, enflaquecimiento notable, y en muchos individuos la tuberculización. Hebra ha encontrado alteraciones profundas en toda la piel. Por sus síntomas generales como por los locales, debe describirse separadamente del pitiriaris, y lo he mencionado justamente para llamar la atención sobre este punto.

Tratamiento.—En el pitiriasis capitis debe cortarse el pelo muy cerca de la raíz para poder bañar mejor la superficie afectada y así sufren poco los bulbos pilosos. Se han aconsejado los baños alcalinos, que no siempre producen buen resultado. Tampoco dan resultado satisfactorio las preparaciones arsenicales, las pomadas azufradas y nitradas, las soluciones con ácido nítrico, con bicloruro de mercurio, ni las de hidrato de cloral, tan preconizadas por Dujardin Beaumetz. Éstas solamente han producido efectos marcados en el pitiriasis parasitario. Cuando los enfermos se rascan se producen vivas irritaciones que hay que calmar con lociones de agua de salvado, aplicando en seguida una emulsión de huevo batido en agua, lavando luégo con agua pura y locionando con un poco

de aceite de ricino con alcohol ó glicerina pura para dar suavidad al pelo. En el caso en que la piel esté muy seca, convienen las unciones con aceite de aguacate ó de *necha*. Una circunstancia muy digna de notarse en el tratamiento del pitiriasis capitis es que cuando desaparece, se presenta en otras partes, especialmente en los párpados, donde es mucho más incómodo; por lo tanto debe adoptarse para aquél un tratamiento puramente paliativo. El de los párpados se combate muy bien con pomadas de óxido rojo de mercurio ó mezclando éste con vaselina.

Etiología.—Estas afecciones son casi siempre hereditarias, toman un carácter crónico, se extienden progresivamente á todo el cuerpo, y para adquirirlas, se necesita predisposición especial. La pitiriasis es á veces parasitaria; nos ocuparemos de ella en el grupo correspondiente.

SIFÍLIDES.

Forman un grupo de la clase de las erupciones constitucionales. Alibert les dió este nombre. Biett las describió con tanta precisión, que sus descripciones han quedado como modelos.

Las sifílides son diferentes manifestaciones cutáneas de un vicio adquirido por la inoculación del virus sifilítico ó por herencia. La piel en que se desarrollan tiene un tinte cobrizo ó color de jamón. Toman una forma circular, se presentan en diferentes partes del cuerpo y casi siempre se complican unas con otras.

Las ulceraciones que producen las sifílides tienen un color más ó menos gris, con bordes tallados perpendicularmente, profundas, dejan costras en forma de escamas de color verduzco, las cuales no se sobreponen sino que se apelmasan y están rodeadas por una banda más ó menos cobriza.

Unas sifílides son precoces, otras tardías y otras de transición, y según el período en que se presenten, se complican con accidentes tardíos ó precoces de la enfermedad sifilítica.

La sífilis puede trasmitirse por herencia ó por contagio. El chancro y la placa mucosa la trasmiten por este último medio.

Las sifílides tienen caracteres generales que dan á estas afecciones, cualesquiera que sean su forma y su sitio, una semejanza que constituye un grupo bien determinado de erupciones cutáneas. M. Hardy nos dice lo siguiente: "Los caracteres comunes de las sifílides deben ser investigados en la coloración, en la forma de las erupciones, en todos sus fenómenos locales, en su sitio, y por último, en los fenómenos concomitantes y generales que los acompañan."

En la marcha anatomo-patológica de las sifílides hay que considerar algunas particularidades. Al principio se forma una infiltración celular del cuerpo papilar y del chorión, limitada, densa, homogénea y que no se extiende. Los elementos celulares no se organizan sino que retrogradan y desaparecen por reabsorción ó supuración. La destrucción es siempre centrífuga, de tal manera, que las partes periféricas

presentan los caracteres de la infiltración reciente, cuando las partes centrales han desaparecido. MM. Besnier y Doyon reasumen las ideas de M. Kaposi así: "Infiltración, regresión y destrucción centrífuga." La sífilis modifica al organismo de tal manera, que en sus manifestaciones los procesos le son especiales; así como la lepra tiene los suyos que son muy diferentes. Hay una diatesis sifilítica muy diferente á la que hemos llamado dartrosa y de la que ya nos hemos ocupado.

M. Kaposi divide las manifestaciones cutáneas de la sífilis según su forma, en diversas variedades: *roseola sifilítica*, *sifílides papulosa*, *sifílides pustulosa*, *sifílides tuberculosa*, *sifílides ulcerosa*, *sifílides cutánea vegetante* y *sífilis hereditaria*.

M. Hardy toma por base de clasificación las lesiones anatómicas elementales, siguiendo las ideas de Biett, y divide las sifílides en nueve especies:

1.ª Sifílides pigmentarias.
2.ª — exantemáticas.
3.ª — vesiculosas.
4.ª — pustulosas.
5.ª — papulosas.
6.ª Sifílides en ampolla.
7.ª — escamosas.
8.ª — vegetantes.
9.ª — tuberculosas.

La *sifílides pigmentaria* se presenta bajo la forma de manchas de color de café con leche, con intervalos en que la piel conserva su coloración normal.

Estas manchas van desapareciendo, dejan un ligero tinte, y á veces hay descamación. Es una sifílides de transición; se presenta entre los accidentes secundarios y terciarios.

La sífilis, al recorrer sus períodos, pone la piel bronceada, pigmentada, como se presenta á consecuencia de un tratamiento prolongado por el nitrato de plata al interior. Esta alteración, en el color de la piel, es un fenómeno de la caquexia sifilítica.

Sifílides exantemática.—Dos ó tres semanas después de la invasión de un chancro, se presentan manchas más ó menos lívidas en el pecho y en el abdomen, las cuales se generalizan después. Generalmente tienen el tamaño de una lenteja. No siempre son fácilmente visibles y muchas veces es preciso mirarlas contra la luz, ó mejor con el alumbrado lateral, para distinguirlas. Algunas de estas manchas se parecen á las del sarampión. Cuando se presenta en el curso del primero ó segundo año de la infección, toma el aspecto de manchas extendidas, en forma de círculos rojos persistentes.

La roseola sifilítica se acompaña algunas veces de cansancio, cefalalgia y fiebre, pero no tiene prodromos. Al principio se puede hacer desaparecer la mancha roseólica comprimiéndola con el dedo; algunos días después deja un color rosado. Coincide las más de las veces con bubones, ingurgitaciones ganglionares, dolores reumáticos, neuralgias etc., etc.— Esta enfermedad no es grave como enfermedad de la piel, pero sí lo es como manifestación sifilítica, por-

que indica un período ya avanzado del mal. Se emplean contra la roseola los mercuriales, como el licor de Van Sweiten, ó el protoyoduro de mercurio en píldoras preparadas con tridacio por excipiente, y á la dosis de 3 á 4 centigramos diarios. El tridacio tiene la ventaja de hacer tolerar muy bien el mercurio. No debe suspenderse el tratamiento sino ocho ó diez días después de haber desaparecido las manchas.

Sifílides vesiculosas.—Están caracterizadas por vejiguillas resistentes, que duran algunos días sin romperse. Estas sifílides afectan tres formas principales: la eczematosa, la varioloides y la herpética. En la primera hay algunas vejiguillas rodeadas de una aureola de color cobrizo, que dejan al romperse escamas verduzcas, y al caer éstas, queda la mancha cobriza.

En la forma llamada *varioloides* las vesículas son más grandes y en algunos casos hay verdaderas ampollas, pero pequeñas. Varias de estas vesículas se ombilican, se llenan de un líquido amarillo, se secan, dejan costras negras ó verduzcas, y al caer no queda de ellas sino una pequeña eminencia que á su vez desaparece, y son reemplazadas por manchas cobrizas que se borran poco á poco.

La tercera subvariedad, la *herpetiforme*, se presenta con vesículas un poco más grandes que las de las anteriores, afectando una forma circular más ó menos regular. Estas vesículas están rodeadas de una aureola cobriza, dejan al romperse escamas muy finas, y cuando éstas desaparecen, conserva la piel sobre la

cual reposaban el tinte cobrizo de las afecciones sifilíticas.

Las sifílides vesiculosas son precoces; por lo general se desarrollan en el espacio de uno ó cuatro meses, á partir de la época del contagio.

La marcha, cualquiera que sea la forma de las vesículas, es esencialmente crónica. Para su diagnóstico deben tenerse en cuenta: la aureola cobriza que rodea las vesículas, la salida papulosa que les sirve de base, las cicatrices, también cobrizas y puntuadas que dejan algunas veces.

Sifílides pustulosas.—Se han descrito tres variedades, que son: *sifílides pustulosa acniforme; ectima sifilítico,* y *sifílides pustulo-crustácea.*

Sifílides pustulosa acniforme.—Las pústulas que la constituyen reposan sobre una base ligeramente levantada, de un rojo bastante vivo, que se ennegrece más tarde y no supura. La cima de este levantamiento la forma la pústula propiamente dicha, encierra un líquido purulento que al solidificarse deja costras amarillas ú oscuras; cuando éstas caen se encuentran debajo de ellas manchas de un color cobrizo muy pronunciado, ó ulceraciones superficiales que dejan cicatrices deprimidas. La enfermedad no se desarrolla en parte determinada del cuerpo, pero sí prefiere generalmente los miembros superiores. La forma deprimida y reticulada de las cicatrices y el tinte cobrizo de las manchas, son signos que, unidos á los fenómenos que le preceden y le acompañan, sirven para diferenciar esta afección de la acnea vulgar.

Ectima sifilítico.—Las pústulas de esta segunda variedad no presentan la base dura de las de la primera, se secan con prontitud y dejan costras negruzcas, que tienen, lo mismo que las cicatrices, todos los caracteres de las afecciones sifilíticas de la piel arriba mencionados. Aisladas y diseminadas, estas pústulas se desarrollan con más frecuencia en los miembros y en el cuero cabelludo, donde forman costras morenas que al caer arrastran consigo los cabellos. El ectima principia á veces por vesículas que pasan á ser pústulas con suma rapidez. Tanto la sifílides pustulosa acniforme como el ectima sifilítico son accidentes secundarios de la sífilis.

Sifílides pustulo-crustácea.—(Rupia sifilítica.) Esta afección es más grave que las dos precedentes (sifílides pustulosa acniforme y ectima sifilítico); está constituída por pústulas que se agrupan formando placas más ó menos grandes; al romperse dejan costras gruesas, adherentes, superpuestas, de un color verduzco que las hace asemejar á las escamas de las ostras, y que cuando caen dejan ver ulceraciones anchas, profundas, anfractuosas, con bordes tallados en bisel, y de un color ceniciento en el fondo. Las cicatrices que quedan tienen un aspecto reticulado, y como muchas ulceraciones invaden progresivamente toda una región del cuerpo, dejan huellas horribles que desfiguran casi completamente al individuo que las lleva, sobre todo cuando es en la cara. La sifílides pústulo-crustácea es un accidente terciario de la sífilis, y coincide con exóstosis, tumores

gomosos etc.; acompaña frecuentemente la forma tuberculosa. Por esta forma principia algunas veces la variedad llamada sifílides serpiginosa, cuya lesión elemental es ya una pústula ó ya un tubérculo.

Sifílides papulosa.—En este grupo M. Kaposi comprende sifílides que principian por este elemento, como el psoriasis palmaria y plantaria, la córnea, las pápulas mucosas y otras. La sifílides papulosa es precoz en su desarrollo ; se presenta sola ó complicada con la roseola. Se observa generalmente á los dos ó tres meses de la infección sifilítica, y coincide con ingurgitaciones de los ganglios post-cervicales, con placas mucosas, alopecia, eritema y ulceraciones en la garganta etc.

Hay dos variedades de sifílides papulosa : la lenticular y la plana. La primera está caracterizada por plaquitas duras, resistentes, sobre una base morena. No hay vejiguillas ni úlceras, sino desarrollo, después de algunos días, de escamas que duran más ó menos tiempo y luégo caen, dejando en seguida una pérdida de sustancia casi siempre considerable y una coloración cobriza que desaparece lentamente. Su sitio de predilección es la región posterior del cuello, pero se le observa también en la cara y en los miembros.

La sifílides papulosa plana se manifiesta por placas del tamaño de un real, próximamente, á veces más grandes, á veces más pequeñas, y sufre las mismas trasformaciones de la lenticular. Su lugar preferente de desarrollo es la frente ; se la observa tam-

bién en el dorso y en el pecho, y coincide con los mismos accidentes de la anterior.

Sifílides en ampolla (globulosa). *Pénfigus neo-natorum.*—Se presenta en los recién nacidos, bajo la forma de una mancha morada en la palma de las manos y en la planta de los piés, mancha que da nacimiento á una ampolla llena de un líquido citrino y que al reventar deja una ulceración. Se acompaña de fiebre, vómitos, diarrea y enflaquecimiento. Rara vez se cura, y cuando no mata, deja al individuo en una debilidad profunda.

El pénfigus neo-natorum puede ser la primera manifestación de la sífilis hereditaria.

Sifílides escamosa.—Las afecciones sifilíticas escamosas son bastante comunes, se manifiestan especialmente en la palma de las manos, en la planta de los piés, en el tronco y en los miembros, y pueden coincidir con sifílides vesiculosas ó pustulosas.

La sifílides escamosa está caracterizada por escamas limitadas por una aureola cobriza, adherentes y que presentan como carácter general, pero no constante, una banda blanquecina. M. Hardy describe tres formas, que son: la *sifílides circinada* ó *lepra sifilítica*; el *psoriasis sifilítico* y la *sifílides córnea.*

a) *Sifílides circinada.*—El carácter principal de esta afección es la disposición circular que afectan los grupos de sus escamas. Estos círculos ó segmentos de círculo, del tamaño de una pieza de un franco, poco más ó menos, presentan ligeras salidas de color rojo oscuro, en las cuales se ven las escamas finas,

blancas, delgadas y no imbricadas, lo que distingue esta sifílides de la lepra vulgar. Después de algún tiempo las salidas disminuyen, las escamas caen y queda una mancha de color cobrizo cada vez más subido y que más tarde desaparece. Se le observa con más frecuencia en el cuello y los miembros, y á veces en los labios y en el mento.

b). *Sifílides psoriásica.*—Esta sifílides se manifiesta con salidas redondas ú ovales, por círculos ó segmentos de círculo irregulares, de una coloración cobriza, cubiertas de escamas delgadas que no son imbricadas ni espesas como en el psoriasis. Las placas no tienen mucha extensión y están separadas por intervalos de piel sana. Después de algunos días las salidas se extinguen, las escamas caen y quedan simples manchas que desaparecen más tarde.

El psoriasis sifilítico coincide las más veces con accidentes secundarios con la forma papulosa. Para establecer el diagnóstico, hay que fijarse en el sitio y los fenómenos concomitantes y demás caracteres comunes de las sifílides.

c). *Sifílides córnea.*—Esta forma se observa en la palma de las manos y en la planta de los piés. Se presenta con placas pequeñas, redondas, apenas salientes y rodeadas por un círculo de un oscuro cobrizo muy marcado. La epidermis está retraída, dura y da á la percusión con la uña sonido maciso y seco. Si se pretende quitarla, se ve que es una producción córnea que está incrustada en el dermis. Esta forma es un fenómeno secundario que se desarrolla mucho tiempo después del accidente primitivo.

Sifílides vegetante.—En esta variedad están comprendidas las placas mucosas y las excrescencias sifilíticas. Las placas mucosas se desarrollan de una manera diferente, según que se manifiesten en la piel ó en las mucosas; allí se presentan con la forma de un círculo rojizo que se levanta, se ulcera y forma grietas que exudan un líquido seroso y fétido: hay rasquiña y dolor; en las mucosas se presentan con la forma de manchitas blancas, con ligeras grietas que se exageran en la unión de la mucosa con la piel. Ni la cara ni el cuero cabelludo están exentos, y en éste son más duras. El prepucio, los grandes y los pequeños labios, la garganta y el velo del paladar son sus puntos de predilección.

Todas las sifílides descritas no son contagiosas, pero las placas mucosas sí trasmiten la sífilis como el chancro. Los niños pueden ser infectados por un beso dado por una persona afectada, ó bien por una nodriza que las tenga en el pecho; siendo también muy frecuente que el niño se las trasmita á ella.

Las placas mucosas son uno de los primeros síntomas de la sífilis constitucional; se asocian con la mayor parte de las sifílides precoces y algunas veces con las secundarias. Según el período en que se presenten deben tratarse con mercuriales ó bien con yodo-mercuriales y cauterizarse con sustancias que modifiquen su superficie.

Excrescencias sifilíticas.—Hay ciertas excrescencias en forma de verrugas, coliflores, condilomas, que se desarrollan en individuos sifilíticos, y que presen-

tan en este caso los caracteres de la sífilis. Excrescencias de formas semejantes pueden encontrarse en personas que no estén ni hayan estado infectadas, y de aquí viene la gran divergencia que encontramos sobre la naturaleza de estas producciones.

Sifílides tuberculosa.—El tubérculo sifilítico se presenta con la forma de un tumor, desde el tamaño de un garbanzo hasta el de un huevo de paloma; su sitio es el dermis ó el tejido celular sub–cutáneo; uno de sus caracteres más importantes es el de ulcerarse. Cuando no se ulcera se trata más bien de una sifílides papulosa. Según las descripciones que han hecho algunos autores, se pueden distinguir cuatro variedades de la sifílides tuberculosa, relativamente á la disposición y terminación de los tubérculos. Estas variedades son: la sifílides tuberculosa en grupos; la sifílides tuberculosa diseminada; la sifílides tuberculosa perforante y la sifílides tuberculosa serpiginosa.

a). *Sifílides tuberculosa en grupos.*—Esta variedad es la más común; de los tubérculos que se manifiestan, unos son pequeños, duros al tacto, no producen sino un ligero relieve encima de la piel, aunque la base parece ocupar todo su espesor; otros, en mayor número, llegan á tener el volumen de un garbanzo ó de una nuez. Su disposición es irregular, pero ordinariamente toman la forma circular, y forman círculos ó segmentos de círculo. El espacio circular desprovisto de tubérculos tiene un color más pronunciado que la piel sana.

Al principio los tubérculos tienen un color rojo

bastante vivo, más tarde aparece el cobrizo especial de las erupciones sifilíticas: al mismo tiempo la superficie de estos tumorcitos se pone tensa, lisa y luciente; la epidermis fina y trasparente que los cubre deja distinguir el color cobrizo. La marcha de esta afección es crónica, los tubérculos se desarrollan lentamente, sin producir calor ni dolor, á menos que el enfermo se haya fatigado por un ejercicio exagerado ó se haya entregado á los excesos alcohólicos. Su duración es larga: algunos tubérculos desaparecen y otros se manifiestan en otros puntos; por esta razón la erupción se prolonga: en muchos casos la terminación se hace pronto por resolución: los tumores desaparecen, su superficie se hace escamosa y su lugar queda marcado por una mancha indeleble.

Algunas veces el centro de los tubérculos se reblandece, se forman en él ulceraciones redondas, cubiertas por costras de un verde oscuro, y queda, por último, una cicatriz deprimida, violácea al principio y después blanca.

La sifílides tuberculosa se manifiesta en la cara, en los labios, en el mento y al rededor de las alas de la nariz. Es un accidente sifilítico tardío que se presenta después de varios años de infección.

b). *Sifílides tuberculosa diseminada.*—Esta afección está caracterizada por tubérculos redondos, del volumen de un guisante, lucientes, de un rojo oscuro, diseminados en diversas regiones del cuerpo, sobre todo en la cara, en el tronco y en los miembros superiores; á veces figuran círculos más ó menos regu-

lares; se cubren de una escama blanca y delgada, que al caer deja una pequeña mancha oscura, deprimida, y una cicatriz que no persiste ordinariamente. Esta erupción no se acompaña de dolor ni de rasquiña. Es un accidente secundario que sobreviene varios meses solamente después del fenómeno primitivo, y se la encuentra asociada con otras erupciones precoces, especialmente con la sifílides papulosa. Algunos consideran esta forma como variedad de la papulosa.

c). *Sifílides tuberculosa perforante.*—Comienza por la aparición en diferentes puntos del cuerpo, con especialidad en la cara y en los miembros, de tubérculos del tamaño de una nuececilla, y aún de un huevo de gallina, y cuya coloración presenta todos los matices indicados en las dos variedades anteriores.

Estos tubérculos, en número variable, completamente aislados unas veces, y otras reunidos en grupos de dos, tres ó cuatro, están ya irregularmente diseminados, ya dispuestos en círculos regulares. Después de algún tiempo los tubérculos llenos y duros se reblandecen, la piel que los cubre se adelgaza, se altera, se perfora, se forma una ulceración más ó menos profunda, de fondo gris sanioso y de bordes tallados á pico. Esas ulceraciones se cubren de costras de color negro verdoso ú oscuras, rugosas y desiguales, que adquieren un espesor considerable; las costras caen, renovándose varias veces. Las úlceras ganan en profundidad, corroen todos los tejidos, huesos, cartílagos etc., dando lugar á deformaciones horri-

bles. Los enfermos no sienten dolor, ni escosor, ni prurito, como era de suponerse por las profundas alteraciones que los tubérculos producen en los tejidos. Llegada la enfermedad á este período puede curarse por un tratamiento apropiado. Rara vez se cura espontáneamente.

Esta sifílides se presenta con fenómenos terciarios, coincide con exóstosis, tumores gomosos y algunas veces con un estado caquéctico muy marcado. Se desarrolla á los dos años próximamente de la desaparición de los accidentes primitivos. A veces su aparición es mucho más tardía.

Para combatir con esperanzas de éxito esta enfermedad, hay que combinar el yoduro de potasio con preparaciones mercuriales, y entre éstas debe preferirse el biyoduro. Estas dos medicaciones, que deben sostenerse por mucho tiempo, pueden darse á diferentes horas del día ó alternarse en diferentes períodos.

Sifílides tuberculosa serpiginosa. Difiere de la precedente en que en lugar de extenderse en profundidad, lo hace en superficie. Los tubérculos se reblandecen, se ulceran y se cubren de costras negras, las cuales dejan al caer cicatrices extendidas: al lado de ellas se desarrollan nuevos tubérculos con pústulas ó sin ellas, que á su vez se ulceran. Este modo de invadir puede hacerse por contigüidad ó atacando diferentes puntos del cuerpo, y se encuentra entonces en el mismo individuo esta forma en todos sus períodos. La sifílides serpiginosa es accidente terciario, se aso-

cia algunas veces con la tuberculosa perforante y cede más fácilmente que ésta al mismo tratamiento ya indicado. Las gomas sifilíticas las considera M. Kaposi como tubérculos.

La sífilis hereditaria puede manifestarse por tubérculos y ulceraciones gomosas, como en el período tardío de la sífilis adquirida.

ESCROFÚLIDES.

M. Hardy, imitando á Biett para la clasificación de las sifílides, ha descrito las manifestaciones cutáneas de la escrófula, con el nombre de escrofúlides; las caracteriza por la lesión elemental que domina en ellas, y admite seis variedades, que son: *eritematosa, pustulosa, verrugosa, tuberculosa, flegmonosa* y *córnea*.

M. Bazin considera las enfermedades escrofulosas de la piel según el período de la escrófula en que se presenten. Las divide en superficiales ó profundas, primitivas ó secundarias, benignas ó malignas, y forma grupos, tomando por base estos caracteres.

Tanto Hebra como M. Kaposi describen algunas escrofúlides en los neoplasmas celulares, comprendiendo en esta clase otras enfermedades que deben separarse de las escrofúlides.

A). *Caracteres comunes.*—Se presentan con un color rosado semejante al de las manchas que el vino tinto deja sobre una tela blanca. Invaden diferentes puntos del cuerpo á la vez, pero sin simetría; fre-

cuentemente coexisten con afecciones que presentan los escrofulosos en otros tejidos, como caries, necrosis, oftalmías etc.; tienen una marcha lenta; pueden manifestarse sobre el mismo individuo en diferentes períodos de evolución y con diferentes formas, y no presentan reacción general. En algunas escrofúlides hay hipertrofia de la piel, la cual desaparece en algunas y es sustituída por adelgazamiento con atrofia ó bien por destrucción completa, con formación de cicatrices deprimidas, *muy arrugadas* y adherentes á las partes duras donde se desarrollan. Un hecho digno de notarse en su historia es que cuando se presentan en su curso erisipelas, fiebres tifoideas, fiebres eruptivas etc., éstas las hacen desaparecer algunas veces.

B.) *Variedades.*—Admitiremos la clasificación de M. Hardy, y haremos ligeras descripciones sobre cada una de sus variedades:

1.ª *Escrofúlides eritematosa.* (*Eritema centrífugo de* Biett, *lupus eritematoso* de Cazenave y Bazin).—Se presenta de preferencia en la cara; principia por un levantamiento de poca extensión, de forma redonda, de color rojo oscuro, violado vinoso y de un aspecto brillante característico. Esta mancha se extiende progresivamente á tiempo que el centro se deprime y cura, dejando una cicatriz blanca é indeleble. En el borde que queda enrojecido se presentan pequeñas escamas que pueden ser superficiales, pero que casi siempre son profundas, adherentes, como encajadas en el espesor de la piel y no superpuestas como en el psoriasis. No hay fenómenos generales, ni dolor ni

rasquiña; por estos caracteres puede diferenciarse del eritema simple y del psoriasis, de algunas sifílides por sus fenómenos concomitantes y los resultados del tratamiento. Cuando se desarrolla en el cuero cabelludo puede hacer pensar en la existencia de un favus, diagnóstico diferencial que haremos al tratar de los parasitos animales.

2.ª *Escrofúlides pustulosa* (impétigo rodens).— La más común de todas; se presenta especialmente en la cara y sobre las alas de la nariz, con la forma de un levantamiento rubicundo, sobre el cual se desarrollan dos ó tres pustulitas que al cabo de pocos días forman costras morenas que caen dejando una ulceración que lentamente se profundiza y toma un aspecto gris de mal carácter, con hipertrofia de la piel; al lado de estas ulceraciones se forman otras pústulas que siguen la misma marcha, dando lugar á nuevas ulceraciones; de suerte que sobre la misma mancha se encuentran pústulas en diferentes períodos de evolución, que por su aparición progresiva aumentan las lesiones hasta producir deformidades notables. No hay rasquiña ni dolor, ni fenómenos de reacción general, y es de notarse que muy rara vez se presentan en el tronco ó los miembros.

3.ª *Escrofúlides verrugosa.*—Esta forma puede suceder á la tuberculosa ó pustulosa, ó presentarse primitivamente con el aspecto de placas rugosas, desiguales, erizadas de levantamientos pequeños que separan surcos más ó menos irregulares; desaparecen por ulceración ó por adelgazamiento de la piel y dejan cicatrices que les son características.

4.ª *Escrofúlides tuberculosa.*—Es el lupus de algunos autores, y principia por tubérculos que pueden permanecer estacionarios, sin ulcerarse, cuando se ulceran pueden extenderse en superficie, ó ganar en profundidad, llamándose en el primer caso *lupus tuberculoso, exedens* en el segundo, y *terebrante* ó *bórax* en el tercero. Muy rara vez el lupus tuberculoso se complica con la forma eritemo-escamosa, pues las escrofúlides, al contrario de las sifílides, se excluyen; pero cuando existe esta complicación, la afección tiene mucha semejanza con el impétigo.

Cuando los tubérculos se ulceran, y á su lado se desarrollan otros que á la vez sufren esta alteración, presentando estas lesiones en sus diferentes períodos de evolución, constituyen la variedad del lupus ulcerativo en superficie; y cuando la ulceración gana en profundidad, forma la variedad terebrante, que produce deformidades espantosas y que se sitúa de preferencia en el ala de la nariz y el velo del paladar, destruyendo los cartílagos, los huesos y todos los tejidos.

5.ª *Escrofúlides flegmonosa.*—En los escrofulosos se observan abscesos de marcha lenta, que se abren espontáneamente por pequeñas bocas, dando un pus seroso que al concretarse deja costras. Las aberturas se multiplican y al fin cae la piel, dejando una ulceración de bordes desiguales, de color cenizoso, que sigue la marcha lenta de estas afecciones.

6.ª *Escrofúlides córnea.*—Está caracterizada por pequeños levantamientos secos, de apariencia córnea, que después de algún tiempo desaparecen y son reemplazados por una cicatriz deprimida.

Por la histología del lupus nos damos razón de la marcha de las escrofúlides. Si se examina con el microscopio un corte de piel escrofulosa se observan nudosidades que están como encajadas en el corión, á diferentes profundidades y sin orden: focos que se distinguen muy bien del tejido dérmico que los rodea. La nudosidad está formada por un retículo que tiene su origen en un haz fibroso dividido en hacesillos finos y recorrido por muchos vasos sanguíneos; en los intersticios de los haces se encuentran células provistas de núcleos muy refringentes, y en los intersticios de los hacecillos se ven las mismas células acompañadas de otras más pequeñas con muchos núcleos de contornos bien marcados; esta es la nudosidad del lupus en su estado más sencillo, pero al desarrollarse sufren cambios muy notables tanto ella como la piel que la rodea. Es muy probable que los vasos sanguíneos y linfáticos tengan gran parte en las diferentes faces de las nudosidades, pues la regresión de estos tejidos se caracteriza al principio por la pérdida de la vascularización en el centro de la tuberosidad, con mortificación y degeneración de los elementos figurados, formando masas con núcleos alargados y brillantes denominados por Schúppel células gigantes. Caracteres por los cuales han considerado algunos la tuberosidad del lupus como una tuberculosis de la piel; y es de notarse que estas células no sólo se encuentran en el lupus sino también en la tuberculosis, las gomas y los sarcomas. La nudosidad, por cambios regresivos de sus elementos, desaparece; á veces se

elimina completamente, y el tejido inflamado que la rodea se cicatriza y se retrae; pero otras se extienden ya en superficie, ya en profundidad, pasando por sus diferentes faces; pueden reunirse en ciertos puntos, desorganizar el tejido en mayor ó menor extensión ó invadir por completo todas las capas de la piel. El tejido conectivo se inflama á su vez, dejando focos separados por la pérdida de sustancia, y al cabo de algún tiempo la piel puede sufrir una retracción cicatricial. En otros casos esta infiltración inflamatoria produce una hipertrofia del tejido conectivo, dando lugar á esos estados que tanto se parecen á la elefancia de los árabes.

En una piel hipertrofiada pueden levantarse en algunos lugares papillas que se hipertrofian, cubiertas por una capa mucosa espesa y un número considerable de células córneas.

Cuando la infiltración del lupus principia por la superficie de la piel ó ha atacado la capa papilar, las células de la capa mucosa proliferan, se desprenden y forman cavidades; el límite entre las papillas y la capa mucosa desaparece y la piel puede sufrir atrofia ó supuración con descamación superficial.

Cuando los elementos que constituyen el lupus, invaden en profundidad, desorganizando los tejidos que ataca, forma el *lupus bórax* ó *terebrante*; cuando las nudosidades se extienden en superficie, forman el *lupus excedens* ó *serpiginoso* de algunos autores; cuando se desarrolla en las papillas hipertrofiadas y con una gran proliferación de células epiteliales, formando

especie de verrugas, el *lupus verrugoso*; cuando las células se compactan en masas córneas, la *escrofúlides córnea*; cuando se presenta en la superficie de la piel, encontramos las lesiones de la variedad *eritemo-escamosa*, y si la inflamación del tejido conectivo predomina, pueden formarse los abcesos de marcha especial que caracterizan la *escrofúlides flegmonosa*.

Diagnóstico.—Para el diagnóstico de las escrofúlides debe insistirse mucho en su coloración, sus cicatrices, su marcha esencialmente crónica, su asimetría, y en la coincidencia con otros síntomas de la escrófula. Los resultados obtenidos por el tratamiento, en algunos casos difíciles sirven para diferenciarlas de las sifílides.

Pronóstico.—Las escrofúlides son graves por su tenacidad, pero no comprometen directamente la vida. Agravan la tuberculosis cuando la complican; y pueden algunas veces modificarse y aun curarse por la complicación de la fiebre tifoidea, la erisipela, las fiebres eruptivas etc.

Tratamiento.—Siendo las escrofúlides manifestaciones cutáneas de una diátesis, debe dirigirse el tratamiento contra ésta por medios generales, y contra aquéllas por medios locales. Se han administrado los tónicos, los reconstituyentes y los alterantes: el arsénico, el yodo, el hierro solo ó combinado con aquéllos, bajo la forma de yoduro y de arseniato de hierro, el aceite de hígado de bacalao á dosis progresivas y por mucho tiempo; el yodoformo á altas dosis, con resultados satisfactorios. He empleado, con muy buen

éxito, el aceite de *Sége* (extraído de una palmera), á pequeñas dosis, porque produce diarreas. Lo doy en cápsulas, á causa de su mal sabor. Algunos dermatologistas modernos dan poca importancia á la medicación interna y hacen consistir su tratamiento en aplicaciones locales.

Las escrofúlides superficiales, como la eritemo-escamosa y la pustulosa, pueden ceder á tópicos suaves, como el aceite de *cade*, de caoba (*acajou*), el yodoformo, el aceite de *Sége*, que no sólo ha producido buenos resultados, administrado al interior, sino también aplicado tópicamente. Las escrofúlides profundas han sido tratadas más enérgicamente, con diferente éxito, por cáusticos como la potasa, el arsénico, los cloruros de zinc y de antimonio, solos ó combinados, y por la electricidad y el termo-cauterio de Paquelin. Actualmente el tratamiento mecánico por el *raclage* sustituído por el procedimiento de escarificaciones lineales tiende á reemplazar los cáusticos, pues por medio de estas escarificaciones se destruyen los vasos que dan vida al elemento escrofuloso, que sufre una degeneración grasosa y desaparece. Se encuentra el método operatorio de este tratamiento mecánico muy bien descrito en las notas con que los doctores E. Besnier y A. Doyon han ilustrado la traducción de la obra del señor Kaposi.

Como el tiempo de que hemos podido disponer para estas lecciones es tan corto, no puedo seguir con las manifestaciones cutáneas de otras diátesis, como el cáncer, la lepra etc. En esta última enfermedad

Armauer Hansen ha encontrado bacterias, y por esta razón la han considerado algunos autores como una enfermedad parasitaria. El doctor Gabriel J. Castañeda publicó un trabajo importante sobre este asunto (*Causas y tratamiento de la lepra de los griegos*, por Gabriel J. Castañeda). El doctor Eloy C. Ordóñez, antes que M. Virchow, describió las lesiones de la lepra, especialmente las del sistema nervioso. A pesar de las bacterias que se han encontrado en los individuos atacados de lepra, creo que no estamos suficientemente autorizados para considerar esta enfermedad como parasitaria. Debe considerársele más bien como diatésica, con un procesus patológico especial, diferente del de la sífilis, de la escrófula, del cáncer etc., etc. Más tarde tendré ocasión de estudiar con ustedes esta terrible enfermedad.

En mis lecciones venideras me ocuparé de las enfermedades parasitarias.





ENFERMEDADES PARASITARIAS.

Los parasitos que producen las enfermedades de este nombre, son vegetales ó animales. Los primeros se desarrollan generalmente donde hay vello, y los segundos en todas partes.

Los parasitos vegetales que producen las tiñas favosa, tonsurante, el sycosis parasitario, los herpes circinados y la pytiriasis versicolor, pertenecen á los hongos *tricofitados*.

Los que producen la pelada y los que se encuentran en la pitiriasis capitis simplex, pertenecen á los *microsporados*: en esta clase, ó muy cerca de ella, debe colocarse el que se encuentra en la enfermedad llamada piedra, en el cabello.

Los hongos tricofitados que componen el primer grupo son muy vecinos de las *mucorinias*; tienen como éstas un mycelium, algunas ramas llevan rosarios de esporos, pero no se les conocen esporangios.

Los microsporados están constituídos únicamente por células redondeadas que se multiplican por granulaciones. Podrían colocarse en el género *saccharomyces*.

Tricofitos.—El achorión Schælenii de la tiña favosa, está formado por un myceliun de artículos alargados y cilíndricos. Ciertos filamentos de los artículos más cortos se terminan por esporos colocados los unos en pos de los otros, y se hallan constantemente en vía de separación. El *tricofiton tonsurante* tiene un mycelium con dos especies de filamentos, los unos puramente vegetativos, con artículos alargados, los otros con artículos muy cortos, los cuales se separan para convertirse en esporos redondos. Las ramas del mycelium se ramifican con frecuencia.

El *microsporon furfur* está formado de un mycelium que tiene todos sus filamentos formados de largos artículos, y se halla entrelazado con esporos redondos.

Microsporos.—El microsporon Audouini (de la pelada) se compone únicamente de células redondas de diferente tamaño. Estas células, que Malassez considera como esporos, se multiplican por granulaciones.

El microsporon, que llamaremos de Malassez (de la pitiriasis simplex), está formado de células elípticas y en algunas de éstas se ve un embrioncito.

El parasito que se encuentra en el cabello de la enfermedad llamada piedra, creemos que debe considerarse como un microsporon.

Vamos ahora á ocuparnos de las enfermedades que llamaremos tricofíticas.

Favus.—Tiña favosa. Pórrigo lupinoso.

El achorión de Schælenii cuando se fija en el cuero cabelludo comprime las células epidérmicas, se

introduce debajo de ellas y determina la formación de manchas de color amarillo. Se sitúa de preferencia al rededor del cabello, ataca luégo el bulbo piloso y el cabello mismo. Éste pierde su brillo en la parte invadida, parece cubierto por un polvo, se afloja, cae con facilidad y no se reproduce cuando el achorión ha atrofiado las papilas pilíferas. Por la inflamación que determina este parasito se desarrollan exudaciones que se concretan y se mezclan al favus, formando costras de color ya amarilloso, ya oscuro, de un olor á moho sui generis. Por la caída de los cabellos y la atrofia de las papillas, la piel del cuero cabelludo forma manchas blancas, lisas, brillantes, que alternan con otras en que la enfermedad se encuentra en diferentes períodos, y que son ó amarillentas ó de otros colores, habiendo puntos en que el cuero cabelludo se presenta sano. El achorión puede invadir otras partes del cuerpo cubiertas de vello; pero en este caso no es persistente y desaparece con facilidad. Cuando se fija en las uñas toma el nombre de onychomicosis fávica y se presenta con el aspecto de placas de color amarillo de azufre ó con una apariencia caseosa. Es muy tenaz en esta parte, y produce después de mucho tiempo la caída de la uña.

Según la forma y el color de las costras se han hecho muchas variedades, con los nombres de favus discreto, confluente, *suberinus*, *turriformis*, *squarreux*,

Diagnóstico.—M. Hardy nos dice: "El favus se reconoce por la presencia de costras amarillentas, deprimidas en forma de dedal, atravesadas por uno ó

más pelos en su centro, presentando algunas veces un aspecto de yeso por la alteración del cabello, que está sin brillo y descolorido, y por la falta de éste en algunos puntos. Por el examen microscópico pueden verse los tubos vegetativos y los esporos reproductores."

Puede confundirse con los herpes tonsurante y la pelada. Cuando hablemos de estas afecciones trataremos de los caracteres que las distinguen.

Por su aspecto puede hacer pensar, algunas veces, en un eczema simple ó impetiginoso, la pitiriasis y el psoriasis: pero basta buscar con cuidado los caracteres que pertenecen á estas afecciones para no caer en error.

Esta enfermedad es contagiosa; puede trasmitirse del enfermo á un individuo sano, pero necesita, para desarrollarse, algunas condiciones, como el desaseo y cierta predisposición.

Tratamiento.—Es fácil destruír el favus cuando apenas existen levantamientos con rubicundez; pero es sumamente difícil cuando ha penetrado en el bulbo, y hay que recurrir entonces á un procedimiento mecánico. Bazin aconseja cortar el cabello á dos ó tres centímetros del cuero cabelludo, aplicar cataplasmas, lavar la cabeza, arrancar después el pelo con pinzas especiales y dar baños con una solución de sublimado, al milésimo.

Tricoficia.—El *tricofiton tonsurante* produce el *herpes circinado, el sycosis* y el *herpes tonsurante.* El eczema marginal de Hebra y la forma maculosa de este

mismo autor, no son sino variedades del herpes tonsurante. M. Hardy ha colocado estas afecciones en un grupo que llama tricofítico.

Describiremos las afecciones parasitarias producidas por el tricofiton tonsurante como entidades distintas, á pesar de haber sido consideradas como variedades de una misma enfermedad, para seguir el uso establecido en la mayor parte de las obras clásicas.

Herpes tonsurante, Cazenave. *Tricoficia tonsurante*, Hardy.

"Tiene su sitio casi exclusivamente en el cuero cabelludo. Se manifiesta por placas, ordinariamente redondas, en las cuales los cabellos están sin lustre, secos y quebrados; como á medio centímetro de su base la parte enferma está levantada, la epidermis se eleva en forma de escamas y la piel presenta una coloración azulosa y un aspecto rugoso, muy notable, sobre todo cuando se ha rapado intempestivamente la placa tonsurante; con frecuencia los enfermos experimentan comezón. Las placas pueden ser únicas ó múltiplas y dispersas, y coinciden á veces con vesículas ó pústulas y con costras impetiginosas. De aquí el nombre de herpes que impropiamente se dió á esta afección." (Hardy).

El *tricofiton tonsurante* ataca el cabello mucho más que el *achorion* en el favus, y tiende á subir más bien que á introducirse en el bulbo. No forma depresiones al rededor del cabello como el favus, pero ataca mucho más el pelo, le quita el brillo y lo hace muy quebradizo, lo que no sucede en el favus. Es una en-

fermedad más contagiosa que ésta y se trasmite con mucha facilidad por el uso de objetos que hayan servido á una persona enferma.

El herpes tonsurante se presenta en la cara, en la barba y en el bigote, así como en otras partes del cuerpo cubiertas de vello (monte de Venus, axila), en forma de *círculos rojos* escamosos. Se observa algunas veces, en la región que ocupa el herpes, una dermatitis aguda que se desarrolla bajo la influencia del hongo, cuya vegetación es activa.

En la barba y el bigote constituye lo que llaman el sycosis parasitario. Se distingue éste del sycosis ordinario (foliculitis de la barba) por los círculos rojos que se forman y por la presencia del parasito.

Tratamiento.—Es el mismo que el del favus. Debe practicarse la epilación, lo que es más difícil que en el favus, pues aquí el cabello es quebradizo. Debe recurrirse al mismo tiempo á preparaciones parasiticidas, como á soluciones de ácido fénico, salicílico y sobre todo de sublimado, y continuarlas por mucho tiempo combinadas con la epilación para curar radicalmente el mal. Es preciso, á veces, usarlas hasta por seis meses.

Cuando el tricofiton se fija en las uñas, tanto de los artejos como de los dedos, produce la degeneración de ellas. Esta alteración principia por un cambio de color y de consistencia ; las uñas toman un aspecto caseoso, se desorganizan en hojas y se quiebran.

El psoriasis y el liquen producen lesiones muy semejantes. Para diagnosticar la tricoficia de la uña,

que se ha llamado *onychomycosis*, es preciso hallar el parasito.

El tratamiento de la onychomycosis debe consistir en ablandar la uña por medio de baños para arrancarla, y en el uso de dedos de telas impermeables. Se quita en seguida y se lociona la superficie con soluciones de sustancias parasiticidas (creosota, benzina, sublimado).

Sycosis parasitario (Tiña sycósica–Trichomycosis nudosa).

En la barba y el bigote constituye la tricoficia lo que llaman sycosis parasitario.

A veces el eczema impetiginoide puede fijarse en la barba y producir una verdadera foliculitis, que tiene muchos puntos de semejanza con el sycosis parasitario. En éste pueden existir afecciones inflamatorias: vesículas, pústulas, nudosidades, abscesos y aun ingurgitamientos ganglionares, coincidiendo con un elemento nuevo, con el tricofito que Gruby demostró en esta afección. El parasito ataca el pelo, le hace perder su brillo, éste toma un aspecto córneo, se quiebra y se puede arrancar con facilidad. Los tubérculos que se forman en esta enfermedad pueden ulcerarse, forman grietas y toman el aspecto de una sifílides. Otras veces se complica el mal con otras afecciones tricofíticas, el herpes circinado, por ejemplo.

No solamente ataca la barba, y sobre todo el bigote, sino también otros puntos de la piel donde haya pelo, como la axila y el monte de Venus en la mujer.

Para diagnosticar el sycosis debe estudiarse con

mucho cuidado la marcha de la afección y examinar el estado de los pelos, si caen con facilidad, lo que no sucede en el eczema, si han perdido su brillo y están quebradizos, y buscar, sobre todo, el parasito.

El sycosis es muy rebelde, pero puede curarse. Algunas veces produce la alopecia.

Debe tratársele por los medios de que hemos hablado en la tricoficia: parasiticidas y epilación.

Herpes circinado. Bateman (Tricoficia circinada. Hardy, erythema tricofítico vesiculoso, herpes tonsurante maculoso ó escuamoso).

Esta enfermedad se desarrolla indistintamente en las diferentes partes del cuerpo, especialmente en aquéllas que limitan el cabello, tales como la región inguinal, la nuca, la frente etc.

El tricofiton produce manchas rojas, ligeramente levantadas, aisladas, con escamas pequeñas que desaparecen en el centro y forman círculos al rededor de las manchas, más ó menos regulares. Además de estas escamas, que en ciertos casos parecen formarse sin que sean el resultado de vesículas, éstas se encuentran acompañadas algunas veces de pustulitas.

El herpes tonsurante produce comezón. No se observan síntomas generales.

El tricofiton se encuentra, en esta variedad, entre las capas más superiores de las células nucleadas de la epidermis, debajo de las células córneas. En los primeros días de su desarrollo no se encuentran sino esporos. Es sólo de los quince primeros días en adelante cuando se encuentra el mycelium característico en las escamas de las grandes placas.

El herpes circinado puede curarse espontáneamente algunas veces, cayendo el parasito con las exudaciones que produce. Formándose éste en puntos donde no hay vello, no tiene cómo conservarse y reproducirse con la facilidad con que lo hace en la variedad anterior.

Tratamiento.—Mucho más sencillo que el de las variedades anteriores. Basta aplicar tópicos como brea, solución de potasa, yodo en tintura ó en algodón, azufre, ácido acético, ácido pirogálico, polvo de goa y crisorrobina. Para usar estas sustancias pueden consultarse en los formularios las formas farmacéuticas más adecuadas.

Es necesario aplicar la sustancia que se elija, varias veces sobre la placa roja escamosa, hasta producir costra, y aguardar en seguida que ésta caiga.

En el eczema marginado de Hebra, Kobner, Pick y Kaposi han encontrado hongos semejantes á los del herpes tonsurante. Kaposi juzga que esta entidad, que es la misma que Bärensprung llama erythrasma, debe considerarse como una variedad de la tricoficia. Su sitio es el escroto, de preferencia, y de allí se extiende á las partes circunvecinas.

Pytiriasis versicolor. (Pytiriasis de Eischteldt, Microsporia de Robin).

Esta afección la hemos colocado en la tricoficia, porque el hongo que la produce, el Microsporon furfur, ha sido colocado por algunos autores (Lanessan) entre los hongos tricofíticos. Esta afección, con el eczema marginado de Hebra, se diferencia del favus y

de las enfermedades que impropiamente se han llamado herpes tonsurante, circinado y sycósico, porque parece que coincide con un vicio dartroso que predispone á ella. Es más contagiosa que las que hasta aquí hemos descrito. El hongo descubierto por Eischteldt, tan bien estudiado por Sluyter, produce en la piel manchas más ó menos amarillentas y de tamaño diferente, de superficie pulverulenta; en estas manchas se encuentra el vegetal y las células de epitelium.

Al principio las manchas son pequeñas, del tamaño de una moneda francesa de 50 céntimos; después crecen, se hacen irregulares y algunas se reunen para formar una sola. En las partes afectadas se observa constantemente descamación. El enfermo experimenta una comezón más ó menos viva, que aumenta por los trabajos que activan la circulación. Esta afección se desarrolla de preferencia en el tronco, el pecho y el abdomen, y en los miembros, del lado de la flexión.

Entre nosotros, en Colombia, no debe confundirse el pytiriasis versicolor con el carate y otras manchas pigmentadas. Basta para esto levantar con la uña un pequeño colgajo y observar el vegetal unido á las células epidérmicas. La parte que ha sido desnudada queda roja y sangra con facilidad

Esta afección cede fácilmente á los parasiticidas que hemos mencionado en el tratamiento de las demás enfermedades parasitarias. Reaparece con mucha facilidad, aun cuando el enfermo quede aparentemente curado; y es muy difícil en muchos casos darse cuenta de su origen, pues es muy poco contagiosa. No se

desarrolla en las personas de edad avanzada. No invade el vello ni los folículos, los pies ni las manos. Un colgajo epidérmico de la mancha tratado por el amoniaco y puesto en el microscopio, presenta la magnífica vegetación del microsporon.

MICROSPORIA.

Pelada. Pytiriasis simplex. Piedra del cabello.

Los hongos que producen estas enfermedades los colocan algunos autores en el grupo de los microsporos y otros en el de los saccharomycetos.

Pelada. (Pórrigo decalvans, Bateman, William. Vitiligo del cuero cabelludo, Cazenave. Tiña acromatosa. Tiña decalvante. Trichomyces decalvans. Malmsten. Tiña pelada, Bazin).

El hongo que produce esta enfermedad es el *Microsporon Audouini.* Comienza á desarrollarse en la superficie de los cabellos á uno ó dos milímetros de la epidermis: el pelo pierde la trasparencia, se rompe fácilmente y cae, dejando la piel de un color gris, que luégo se cubre de vello muy fino. Este vello se cubre á su turno de esporos. Los cabellos, al salir del folículo, son atacados nuevamente por el parasito, y esta destrucción sucesiva puede producir la alopecia permanente. Las partes afectadas son el sitio de un ligero prurito.

" La pelada se desarrolla habitualmente en forma de discos redondos, rodeados de partes sanas. Hace caer el pelo. Invade también las partes cubiertas de vello, y extendiéndose, puede producir una alopecia general." Hardy.

No hay en esta enfermedad inflamación del dermis, hipertrofia de la epidermis, vesículas ni pústulas. A veces el cabello se pone blanco, pero esto es un epifenómeno que puede presentarse sin el parasito.

Es una afección muy contagiosa que se adquiere con mucha facilidad por el uso de objetos (peines, tijeras etc.) que contengan el parasito.

Al fijarse bien en sus caracteres no es difícil distinguirla de las enfermedades que hemos llamado tricofíticas.

Su tratamiento es igual al de estas enfermedades. Debe recurrirse por consiguiente á la epilación y á los parasiticidas.

Pytiriasis capitis simplex.—Malassez ha encontrado en los folículos epidérmicos de la cabeza, entre las capas córneas de la epidermis, un hongo que no ha sido aún clasificado y que provisionalmente se ha considerado como un microsporon que puede colocarse como intermediario entre los microsporos y los saccharomycetos.

El parasito en esta enfermedad puede considerarse no como la causa, sino como un epifenómeno.

Piedra.—Nudosidades en el cabello.

Con este nombre he designado una enfermedad del cabello, que al principio no consideré como parasitaria; pero que estudios posteriores han hecho juzgar que sí lo es, y que el vegetal, aun indeterminado que la produce, está muy cercano de las mucoríneas. Por esta razón he descrito la piedra en este grupo, mientras se designa el lugar que debe ocupar.

Trascribiré á ustedes lo que publiqué en la *Gaceta Médica* en el año de 1876:

"En 1874 el doctor Evaristo García me dió unos cabellos que le habían enviado del Cauca, de un individuo atacado de la enfermedad conocida en ese Estado con el nombre de *Piedra*, para que la estudiara. Le dan este nombre por el ruído que produce el peine al pasar por los cabellos, semejante al del cascajo puesto en movimiento. La muestra que el doctor García me dió estaba desgraciadamente pegada con cera y en mal estado. Supliqué á mi amigo el doctor Gutiérrez Portillo que solicitara del Cauca algunas muestras. El doctor Fontal le envió cabellos atacados de la enfermedad que nos ocupa, y él los puso á mi disposición.

"Cuando se examina uno de estos cabellos se descubren á la simple vista pequeños tubérculos de forma redonda, del tamaño de la cabeza de un alfiler, negros y de consistencia córnea, que se presentan á distancias casi iguales."

Los lobulitos presentan una resistencia considerable, y al dislacerarlos con agujas, *gritan* con el frote de éstas. Por el examen microscópico que hice, no pude clasificar los cuerpos irregulares que se encuentran, parecidos á células epiteliales deformadas.

Esta enfermedad no la consideran contagiosa en el Cauca.

El señor Nepomuceno Téllez la ha encontrado en el Estado de Santander, Valle de Jesús María, y cree que puede tener su origen en el maíz, pues la ha ob-

servado en individuos que se han acostado en piezas donde hay depósitos de maíz, llamadas *trojas*. El Doctor Fontal cree que el abuso que hacen algunas personas del agua de linaza para peinarse, contribuye en gran parte á producir esta enfermedad. En el Cauca aseguran que esta enfermedad se cura, engrasando los cabellos.

El doctor Desenne tuvo la amabilidad de estudiar unos cabellos atacados de esta enfermedad, que envié á París al doctor José Triana.

El doctor Desenne nos dice: " Hemos encontrado, como el doctor Osorio, las nudosidades. Al tratar de aislarlas del cabello por medio del raspado, no hemos obtenido resultado alguno; la lámina del escalpelo se amellaba al intentar desprenderlas. El cabello tratado por el éter y la glicerina y examinado al microscopio con un aumento de 140 de diámetro, presenta las nudosidades á distancias regulares, pero no con precisión matemática. Ellas son de dos especies que parecen pertenecer á diferente grado de desarrollo del criptógamo: ya rodean completamente el pelo, formando un verdadero anillo alargado, ya lo cubren incompletamente y forman en su superficie simples prominencias.

. " Haciendo el examen con un aumento de 350 de diámetro, se descubre un conjunto de células poligonales de 12 á 15 milésimos de milímetro, regularmente alineadas, cuyos intersticios dejan ver con claridad un borde negro que se asemeja al color dado á los tejidos por el nitrato de plata. Estas células son algo refringentes en su centro y no tienen núcleo.

"Al examinar con cuidado las partes del cabello que están cerca de la nudosidad, se nota una red refringente de bastoncillos articulados entre sí. Algunos parecen perderse en la sustancia propia de la nudosidad, otros se terminan á alguna distancia de ésta. Entre los bastoncillos unos presentan en su extremidad una expansión en ampolla y otros terminan en un pequeño racimo celular umbeliforme. En medio de los bastoncillos se distinguen glóbulos refringentes que parecen ser vejiguillas grasosas. Éstas se desarrollan algunas veces en la superficie de las materias animales que se han puesto á macerar en la glicerina.

"Tales bastoncillos tienen una disposición particular: se enroscan al rededor del cabello como lo haría una planta trepadora, la hiedra, por ejemplo, al rededor de una columna.

"¿Estos bastoncillos son el mycelium del criptógamo, cuyos esporos formarían la masa celular de las nudosidades? ¿O son independientes? Esto es difícil de resolver. Parecen ser mucorineas, sin que se pueda afirmarlo.

"Si se quiere saber si el parasito vegetal está en relación íntima con la sustancia propia del cabello, y si entre las células epiteliales del tubo capilar se encuentran ó mycelium ó esporos, debe sumergirse el cabello en una solución de potasa cáustica al 40 por 100, durante algunos minutos; se neutraliza en seguida por el ácido acético puro y se desagrega en la glicerina el cabello preparado así. Entonces se obser-

va: que ninguna de las partes del cabello ni del canal medular están infiltrados; que los bastoncillos simplemente superpuestos en la superficie del cabello desaparecen casi todos.

"Algunos cortes transversales de estas nudosidades nos han permitido examinar con precisión el interior del canal medular y sus partes vecinas.

"Los puntos centrales de la nudosidad vistos en estos cortes, están formados por un *stroma* celular semejante al que cubre la superficie, y en él se encuentran algunas cavidades en forma de conceptáculos, que contienen algunas grandes células incoloras que parecen ser *thecas.*

"En ciertos puntos de las nudosidades, cuando se las examina de la superficie hacia el centro, en cabellos simplemente sumergidos en glicerina, se encuentran algunos espacios más claros, más transparentes, que hacen sospechar cavidades profundas que resaltan sobre el fondo oscuro de la nudosidad, espacios que no serían, por consiguiente, sino estos mismos conceptáculos cubiertos por la capa celular poligonal ya mencionada,

"En nuestras preparaciones no encontramos indicio alguno por el cual podamos hablar de su dehiscencia."

(*Diario de Higiene.*—4 de Julio de 1878.—París).

NOTA.—Aprovechamos la circunstancia de que estas lecciones, dictadas en Noviembre de 1882, se están publicando actualmente, para hacer un reclamo al señor M. J. Behrend, que en una comunicación hecha á la Academia de Berlín en la sesión de 18 de Febrero de 1885, presidida por M. Virchow, habla de la enfermedad llamada *Piedra*, con el mismo nombre que yo le dí. sin mencionar al autor de estas lecciones que la describió en el año de 1876 en la *Revista Médica*, número 37, Mayo 15 de 1876. ni á M. Desenne que hizo una comunicación á la Academia de Ciencias de París en Julio 4 de 1878.

Trascribo lo que M. Behrend comunicó á la Academia de Medicina de Berlín:

" FORMACIÓN DE NUDOSIDADES EN EL TALLO DEL PELO.

" Las nudosidades del pelo, hasta ahora conocidas, son de dos especies: las unas formadas por el cuerpo del pelo mismo. las otras debidas á la interposición de los cuerpos extraños.

" Además de las nudosidades verdaderas que se ven muchas veces en el pelo en la *tricorrexis nudosa* de Kaposi, que es idéntica á la *tricofitosis* de Devergie, existe una forma muy rara de nudosidades, desconocida hasta ahora, que ha sido estudiada por Walter Smith y Anderson.

" Os voy á presentar algunos ejemplos de tales nudosidades, que estos observadores han tenido la bondad de darme. Son, como veis, nudosidades moniliformes, separadas por intervalos, al nivel de los cuales el cuerpo del pelo está de tal modo adelgazado, que su diámetro apenas llega á la cuarta parte del que tiene al nivel de la nudosidad. En estos puntos adelgazados es donde tiene lugar el procesus patológico, y el adelgazamiento depende de la desaparición de la medula y de una parte de la sustancia cortical del pelo. Las nudosidades están dispuestas regularmente, y la distancia que las separa corresponde casi exactamente al crecimiento del pelo en las veinticuatro horas.

" A falta de otra denominación, propongo designar estas nudosidades con el nombre de *nodositas pilorum Smithii*, del nombre del primer médico que las ha observado.

" Entre las nudosidades que resultan de la yuxtaposición de

cuerpos extraños, hay que señalar la *piedra* descrita últimamente por Malcalm Morris, y que parece no observarse sino en Colombia. Algunos autores han incluído estas nudosidades en la *trichorrexis nudosa* de Kaposi. También os presento un pelo afectado de *piedra*, y creo que esa variedad patológica es idéntica á la que Bergel ha descrito con el nombre de *hongo del pelo*. Debo llamar vuestra atención sobre el hecho de que todos los días se observan en el pelo nudosidades completamente análogas.

"También se ven nudosidades en los pelos de la axila, constituídas por masas de micrococus, cobijadas por las pequeñas escamas que se desprenden de la vaina epitelial del pelo: estas nudosidades no atacan el tejido propio del pelo, ni provocan nunca enfermedades cutáneas, pues yo me las he inoculado en la piel sin resultado alguno."

INDICE GENERAL DE LAS MATERIAS.

